

ANNEE 1961

N°

192

THESE
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)
par

V E R G E S Jean René

Né le 19 Décembre 1929 à TARBES (Htes-Pyrénées)

Interne des Hôpitaux de PARIS

Prosecteur à la Faculté

Présenté et soutenu publiquement le

19

MALADIE de CROHN
(Etude Etio-Pathogénique, Clinique et Thérapeutique)
(20 Observations)

PRESIDENT : Mr. André SICARD, Professeur.

1961

ANNEE 1961

N°

THESE
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)
par

VERGES Jean René

Né le 19 Décembre 1929 à TARBES (Htes-Pyrénées)

Interne des Hôpitaux de PARIS

Prosecteur à la Faculté

Présenté et soutenu publiquement le

19

MALADIE de CROHN
(Etude Etio-Pathogénique, Clinique et Thérapeutique)
(20 Observations)

PRESIDENT : Mr. André SICARD, Professeur.



1.10.1960

PROFESSEURS HONORAIRES 23

MM. AUBIN (A.), BENARD (H.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E.),
CHAMPY (C.), DEBRE (R.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HAZARD (R.),
HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), LOEPER (M.),
MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.),
OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS, RICHTER (C.), STROHL (A.),
TANON (L.).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSEESSEUR Jean VERNE

I — PROFESSEURS

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
" " (Prof. ^r à titre personnel)	ETTORI (J.)
" " (Prof. ^r à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
" " (Prof. ^r à titre personnel)	BOURLIERE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	SICARD (A)
	N.
Cliniques chirurgicales ... { Beaujon	PATEL (J.)
	CORDIER (G.)
	GOSSET (J.)
	MOULONGUET (P.)
	LORTAT-JACOB (J.L.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ...	GAUDART-d'ALLAINES (F.de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) ...	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) ...	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale(Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière).	N.
	LENEGRE (J.)
	SOULIE (P.)
Cliniques médicales { Boucicaut	JUSTIN-BESANCON (L.)
	BROUET (G.)
	BARIETY (M.)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES
et MAITRES de CONFERENCES - AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	{ CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)	Ophthalmologie ...	{ BREGEAT (P.) SARAUX (H.)
	{ GAUTHIER-VILLARS (MlleP.)	Orthopédie	{ JUDET (R.) RAMADIER (J.)
	{ Prof.s.ch.	Oto-Rhino-Laryngo.	DEBAIN (J.)
Anatomie pathologique	{ BUSSE (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Parasitologie	CHABAUD (A.)
Anesthésiologie	{ VOURC'H (G.)		{ BARCAT (J.) BINET (J.P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Bactériologie	{ BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale	
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) P.s.ch. POLONOSKI (J.) M.Conf.		
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)		
Carcinologie	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)		
Dermato-Syphiligraphie..	DUPERRAT (B.)	Pathologie exotique.	SCHNEIDER (J.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)		{ CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LOEPER (J.) MAURICE (J.) RICHEL (G.)
Hématologie	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)	Pathologie expérimentale ...	
	{ GOUJARD (R.) Pr.s.ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		{ AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.) (M.Conf.) CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT P.s.c ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Histologie			
Hydrologie	CORNET (A.)		
Hygiène	{ BOYER (J.) Pr.s.ch. CORRE-HURST (Mme.L.)		
Maladies infectieuses	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)		
	{ DEROBERT (L.) Pr.s.ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)	Pathologie Médicale	
Médecine légale ...			
Médecine du Travail	ALBAHARY (C.)		
Neurologie	LHERMITTE (F.)		
	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)		
Obstétrique			

	MM.		MM.
	{ JOSEPH (R.)	Pneumo phthisiologie ...	KREIS (B.)
	{ MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Pédiatrie -	{ MOZZICONACCI (P.)	Psychiatrie infantile .	DUCHE (D.)
Puériculture	{ POLONOVSKY (C.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	{ ROSSIER (A.)		{ CERNEA (P.)
	{ BOISSIER (J.)	Stomatologie	{ CHAPUT (Mme A.)
Pharmacologie ...	{ LECHAT (P.)		{ M.C.Agrégée
			{ GRELLET (M.)
Physiologie	DEJOURS (P.)		
	{ GOUGEROT (L.)	M.Conf. Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.)
Physique médicale	{ Pr.s.Ch.		{ LAMOTTE (M.)
	{ KELLERSJOHN	Urologie	QUENU (L.)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE		{ GRASSET (J.)
	{ ABOULKER (P.)	Clinique obstétricale	{ MAYER (M.)
	{ AMELINE (A.)		{ RAVINA (J.)
	{ HUGUIER (J.)	Clinique Ophtalmo-	{ DESVIGNES (P.)
Clinique Chirur-	{ OLIVIER (C.)	logique	{ OFFRET (G.)
gicale	{ PADOVANI (P.)		
	{ POILLEUX (F.)	Clinique oto-rhino-	MADURO (R.)
	{ ROUX (M.)	laryngologique	
	{ VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique	
	{ DOMART (A.)	et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique Médicale	{ PERRAULT (M.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
	{ RAMBERT (P.)	Clinique urologique ...	KUSS (R.)
	{ THIEFFRY (S.)	Médecine légale	GAULTIER

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr.s.Ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr.s.Ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE & UNIVERSITAIRE ..

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme.BEURLAND (H.), Melle CHAINTREUIL (G.)
	Mme. ROCHE (L.)
Conservateur en Chef	Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Melle. DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes. CONTET (J.), FORGET (F.)
	Mlles.LAURENT (H.), LE NOIR (G.) QUIEVREUX (I)

A mon Père et à ma Mère

A ma femme

A mon fils Bruno

A mes Beaux-Parents

A toute notre famille

A mon Oncle, le Docteur Francis BAUD

Qu'ils trouvent ici le résultat de leurs efforts,
de leurs espoirs, et le témoignage de notre profonde
gratitude pour les sacrifices qu'ils ont accomplis.

A Monsieur le Professeur André S I C A R D,
Professeur de Clinique Chirurgicale,
Chirurgien de l'Hôpital Beaujon,
Officier de la Légion d'Honneur.

Il a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse. Qu'il trouve en elle un
témoignage de très grande reconnaissance pour l'expérience,
l'enseignement et l'amour de notre métier que nous avons
appris auprès de lui.

A Monsieur le Professeur Agrégé F. F L A B E A U

Il fut l'inspirateur de ce travail.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre gratitude pour sa patience, la constance des encouragements qu'il nous a toujours prodigués, et notre reconnaissance pour tout ce qu'il nous a appris.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de PARIS,

EXTERNAT :

Professeur J. SENEQUE	(Mai 1951 - Mai 1952)
Professeur J. RAVINA	(Mai 1952 - Novembre 1952)
Docteur J. VIGNALOU	(Novembre 1952 - Mai 1953)
Professeur J. LENEGRE	(Mai 1953 - Novembre 1953)
Professeur R. BE NARD	(Novembre 1953 - Mai 1954)

INTERNAT :

Docteur Sylvain BLONDIN	(Novembre 1957 - Mai 1958)
Docteur A. MOUCHET	(Mai 1958 - Novembre 1958)
Professeur G. LAURENCE	(Novembre 1958 - Mai 1959)
Professeur G. MENEGAUX	In Memoriam
Professeur J. PATEL	(Mai 1959 - Novembre 1959)
Professeur R. COUVELAIRE	(Novembre 1959 - Mai 1960)
Professeur A. SICARD	(Mai 1960 - Novembre 1960)
Professeur J.L.LORTAT-JACOB	(Novembre 1960 - Mai 1961)

A Monsieur le Professeur G. C O R D I E R

Il nous accueillit avec grande bienveillance
au Laboratoire d'Anatomie de la Faculté.

A Monsieur le Professeur D E L M A S

Avec notre gratitude.

A mes conseillers et guides, qui nous firent profiter du
du fruit de leur expérience :

EXTERNAT :

- 1951 - Professeur M. ROUX
Professeur Ch. DEBRAY
Professeur Agrégé C.L. CHATELIN
- 1952 - Professeur Agrégé R. MUSSET
- 1953 - Professeur Agrégé MAURICE
Docteur GERBEAUX, Médecin des Hôpitaux
- 1954 - Professeur Agrégé RAMBERT
Professeur Agrégé PEQUIGNOT

INTERNANT des HOPITAUX PRIVES :

- 1955 - Docteur LAURENT
Docteur RODIER
Docteur STAUB
Docteur TISSOT
Docteur J. MILLOT
Docteur BOISSIERE, Assistant des Hôpitaux

INTERNAT :

- 1957 - Professeur R. MONOD
Professeur Agrégé A. GERMAIN
Docteur J. NATALI, Chirurgien des Hôpitaux
Docteur BLOCH-LAINE
Docteur HERTZ
Docteur MARQUAND
Docteur CAMEY
Docteur GARCIN
Docteur BOURREAU, Assistant des Hôpitaux
Docteur MASSE
Docteur MARTIN
- 1959 - Docteur J. LATASTE, Chirurgien des Hôpitaux
Docteur J.M. CORMIER, Assistant des Hôpitaux
Docteur J.C. MENEGAUX, Assistant des Hôpitaux
Docteur J. AUVERT, Assistant des Hôpitaux
Docteur E. MAGDER
Docteur A. MOULONGUET
Docteur J.P. PILLERON
- 1960 - Docteur J.N. MAILLARD
Docteur C.A. RICHARD, Assistant des Hôpitaux
Docteur F. FEKETE

A mes Conférenciers :

Docteurs TESTU, DUNOYER, MADIER, CREPATTE
J.P. HARDOUIN

A mes amis Médecins et Chirurgiens :

Docteur M. LEGRAIN, Médecin des Hôpitaux
Docteur DIAIS
Docteur F. HIDDEN
Docteur Y. GERARD, Assistant des Hôpitaux
Docteur CHRETIEN
Docteur VUARNET
Docteur LEONETTI
Docteur P. ROUEE
Docteur CRESSON
Docteur R. CAGNAT
Docteur C. CONSTANT
Docteur M. MIROUX
Docteur F. POTET
Docteur B. ALLIBERT
Docteur P. PROFFIT
Docteur J.P. DAGEVILLE
Docteur P. DUVAL-ARNOUL
Docteur C. NADAL

A tous mes collègues d'Internat

A mes amis de l'Internat :

P. VAYRE
J. LANGLOIS
S. ZMERLI

M A L A D I E de C R O H N



(Etude étio-pathogénique, clinique et thérapeutique)

(20 Observations)

Président de Thèse
Professeur André SICARD

J. R. V E R G E S

I N T R O D U C T I O N

Dans le problème mouvant de la Maladie de CROHN, deux points apparaissent aussitôt :

- la rareté de cette affection en FRANCE, puisque nos 13 Observations représentent la totalité des cas de cinq services hospitaliers,
- la difficulté de son diagnostic, puisque sept autres observations qualifiées d'iléite nous sont apparues, pour 4 d'entre elles, de diagnostic différent, et pour les 3 autres, réalisant des formes transitionnelles.

Après l'exposé de nos observations, nous essaierons de dégager les aspects actuels de cette affection, en présentant les résultats de nos recherches sur l'étiopathogénie virale et lymphatique, et les rapports existant entre Maladie de CROHN et Adénolymphite mésentérique.

Observation I :

Mme. M Marguerite, 51 ans.

HISTOIRE :

- Le 3 Novembre 1950 : Intervention à ST-GAUDENS pour fibrome :
Appendicectomie et hysterectomie totale.
- En Février 1951 : Poussées d'aphte (lingual, buccal, pharyngien), la gênant beaucoup, avec état subfébrile ondulant. Traitement par Auréomycine.
Va mieux, mais amaigrissement en 6 mois de 18 kg. Cesse tout travail.
- de Juillet 51 à fin 52 : Tout va bien.
- Vers Février 1953 : Nouvelles poussées d'aphtes tous les 6 mois avec fièvre et dysphagie durant 2 mois en moyenne et cédant à l'antibiothérapie.
- Le 10 Avril 1957 : Début des troubles digestifs par :
Douleurs abdominales avec sensation de gonflement, de ballonnement, gargouillements, débutant après les repas ($\frac{1}{2}$ heure), continuant des journées entières sans aller à la selle, mais peut émettre des gaz.
Puis au bout de un jour et demi, les vomissements la soulagent.
- Le 2 Mai 1957 : Consultation chez le Dr. DUPUY : Radios demandées intestinales. Biopsie de la langue. Rectoscopie - Gastroskopie - Radios vésiculaires - Tubage duodénal : Sont normaux. On trouve une sténose du grêle haut situé sur le jéjunum.
- Rentre le 27 Mai 1957.
Amaigrissement 1950 : 67 kg
1957 : 43 kg
Abdomen un peu ballonné, légèrement sensible
Toucher rectal : Normal
Toucher vaginal : Vagin petit, pas de douleurs.
Tension artérielle : $10 \frac{1}{2}$ - 6
Urée : 0,24
Numération formule sanguine : GR. 4.080.000 - GB. 5.000 - Groupe A +
Image thoracique normale
Radios intestinales : Sténose du grêle : La baryte ne passe pas, avec dilatation du segment sus-jacent.
- Intervention le 29.5.57 : Professeur FLABEAU :
A 30 cm, en aval de l'angle duodéno-jejunal, 2 anses grêles accolées en U, 70 cm, très épaissies, d'aspect inflammatoire. Quelques ganglions dans le méso.
Au-dessus, le jéjunum est très dilaté et reprend son calibre normal au-dessous de la lésion.

Pas d'autres localisations intestinales. Pas de ganglions péri-aortiques.
 Résection de l'anse pathologique avec anastomose termino-terminale en 2 plans.
 Paroi sans drainage. Section à 15 cm en amont.
 Suites opératoires : Phlébite le 5 Juin.
 Sort le 19 Juin.

- En Juin 1959 : Soit 2 ans après.

Reprise des phénomènes intestinaux douloureux et ballonnement.

Le transit du grêle montre un rétrécissement très étendu d'une anse iléale à la partie moyenne de l'iléon.

- Le 19 Juillet 1959 : Rentre pour :

Douleurs violentes paroxystiques

Episode subocclusif - Fièvre (38°)

Douleur et défense de la région para ombilicale, faisant craindre une abcédation cloisonnée.

Compte rendu opératoire : 21 Juillet 1959 - Prof. FLABEAU

- Lésions comparables à la précédente intervention, mais siégeant à 80 cm environ plus bas que l'anastomose de 1957 qui est visible et tout-à-fait normale.

- Pas d'autres localisations sur le grêle, rien sur le colon.

- Résection de l'anse pathologique (épaissie, d'aspect inflammatoire), 40 cm environ et du mésentère correspondant qui contient un paquet ganglionnaire extrêmement dur. (Anastomose termino-terminale).

Compte rendu histologique (Dr. BATISSE)

Sur les segments d'iléon, la muqueuse présente des ulcérations multiples étendues mais superficielles; le chorion est le siège d'un infiltrat inflammatoire subaigu-chronique non spécifique; dans certains endroits, on note des petites zones d'oedème et de dilatations capillaires, dans d'autres une fibrose marquée qui se retrouve au niveau des couches musculaires. On note cependant la persistance de petites zones où l'architecture glandulaire de l'intestin est reconnaissable.

Deux ganglions prélevés dans le méso sont presque entièrement calcifiés.

En conclusion : La présence d'ulcérations multiples, le caractère oedémateux et inflammatoire de la sous-muqueuse et la fibrose, répondent à une iléite segmentaire du type de la Maladie CROHN.

Prélèvement du ganglion - Culture sur milieu adéno-virus (Institut Pasteur, Dr. MORIN):

Négatif (lésions anciennes de CROHN)

- Le 8.8.59 : Suites simples - Diarrhée intermittente actuelle.

Observation II :

Mr. G Jean - 25 ans.

1ère hospitalisation : le 29.8.55

pour hernie inguinale droite.

Antécédents :

- Appendicite avec abcès pelvien le 8 Juillet 1954

Compte rendu opératoire : Appendicectomie d'un appendice sous-caecal sans adhérence

Histoire :

Depuis, douleurs vagues, gargouillements, vomissements avec intolérance alimentaire.

Les douleurs sont atypiques épigastriques, sans périodicité.

- Radios d'estomac : pas d'image ulcéreuse.

Examen : Cicatrice souple, amaigrissement de 3 kg.

Thorax : Image thoracique normale - Groupe 0 + Urée 0,30

Hernie inguinale droite (responsable de phénomènes subocclusifs ?)

Intervention : Professeur FLABEAU :

Incision inguinale droite remontant jusqu'à la limite supérieure de l'ancienne incision appendiculaire.

L'exploration met en évidence une dernière anse grêle très épaissie sur une longueur de 20 cm et fixée à la paroi postero-latérale du pelvis par une adhérence large, charnue, qui le coude. Après libération de l'adhérence, on colmate la surface dépéritonisée par une greffe épiploïque libre. La résection est un instant envisagée mais la localisation des lésions inflammatoires sur la dernière anse grêle jusqu'à la valvule iléo-caecale entraînerait une exérèse trop large. Aussi, on réintègre l'anse libérée et dépéritonisée. Par ailleurs, cure de hernie.

Suites: Immédiates, bonnes. Sort le 9.9.55.

Consultation: le 10.1.56.

Réapparition des phénomènes douloureux s'accompagnant de ballonnements et de borborygmes.

2ème hospitalisation à Beaujon : le 6.2.56.

Depuis la cure de hernie, évolution en deux phases :

- d'abord, réapparition des accidents subocclusifs antérieurs: ballonnements, borborygmes et douleurs de la fosse iliaque droite, la crise cède brutalement avec l'émission de gaz et selles diarrhéiques et de vomissements, laissant place à une sensation de lassitude intense. Dans l'intervalle des crises, constipation chronique.

Dans une 2ème phase: diarrhée chronique - Selles liquides émises de 5 à 10 fois par jour, jamais sanglantes.

Examen : Abdomen: cicatrices normales. Abdomen un peu ballonné, douleur légère à la

Toucher rectal : Normal

Radiographies : Image de sténose peu caractéristique du grêle terminal.

Numération formule sanguine : GR. 4.820.000 - GB. 8.000

Hématocrite : Normal

2ème Intervention : Prof. FLABEAU, le 11.2.56

- Incision iliaque oblique droite
- Iléite de la dernière anse sur une longueur de 15 cm.

Gros ganglions inflammatoires dans les mésos (obligent à l'hémi-colectomie)

Hémi-colectomie droite.

- Anastomose iléo-transverse : termino-oblique-latérale : Intestin grêle sectionné en sifflet très effilé aux dépens de son bord libre.
- Péritonisation drain postérieur dans l'espace cellulaire retro-péritonéal.

Examen histologique du colon (Dr. ORCEL)

La portion terminale du grêle présente macroscopiquement l'aspect caractéristique d'une entérite segmentaire.

Histologiquement :

Les lésions sont caractérisées par d'importants phénomènes de sclérose diffuse de la paroi se prolongeant en épais tractus dans le tissu cellulo-adipeux mésentérique. On note de nombreux infiltrats et nodules lymphoïdes disséminés, ainsi qu'une grosse congestion sanguinaire et lymphatique. Quelques zones d'oedèmes.

Dans l'ensemble, les formations nerveuses paraissent hyperplasiées. La muqueuse est hyperplasique et présente de larges zones exulcérées, recouvertes d'un épais enduit, fibrino-purulent.

En avant, la paroi dilatée du grêle est très riche en plaques de Peyer. La sous-muqueuse est congestive et oedémateuse. J'ai noté de minuscules érosions.

Les ganglions lymphatiques mésentériques présentent d'importantes lésions de lymphadénite subaiguë banale.

Pas de signes histologiques de malignité sur les coupes examinées.

Suites opératoires : Normales. Sort le 29.2.56 - Va bien.

Observation III :

Mr. F Marcel - 51 ans.

Vu en 1953 pour la 1ère fois.

- Diarrhée persistante depuis 1951, puis les trois derniers mois, une constipation avec épisodes subocclusifs.
- Douleurs post-prandiales, sans périodicité mais qui vont en s'accroissant (un ulcère pylorique avait été découvert lors d'un examen radiologique).
- Amaigrissement de 15 kg en 1 an.

A l'examen : Masse caecale droite douloureuse.

Radiographie - Estomac : Image très discutable d'ulcère.

Lavement baryté : le grêle ne s'injecte pas au niveau de la dernière anse.

Tracé normal et irrégulier du bord gauche du caecum.

Numération Formule sanguine : Normale.

Une exploration chirurgicale du grêle est décidée.

Compte rendu opératoire le 1.7.53 (Dr. MOUCHET)

Laparatomie médiane sus et sous ombilicale. Il ne s'agit pas d'une tumeur caecale mais d'une masse d'aspect inflammatoire siégeant sur l'iléon avec une adénopathie très étendue dans le mésentère, rendant impossible toute résection de l'intestin qui aurait dû être totale. Cette zone inflammatoire du grêle s'étend environ sur 20 cm. Epaissement de l'intestin sans qu'il y ait vraiment de tumeur palpable.

On se contente de faire une dérivation latéro-latérale entre l'anse d'amont qui est distendue et l'anse d'aval qui est plate.

Prélèvement de 3 ganglions pour examen histologique.

Histologie :

Lésion d'adénite subaiguë banale avec dilatation des sinus et hyperplasie des centres germinatifs.

Aucun indice d'un processus inflammatoire spécifique ou tumoral quelconque.

Après l'intervention :

- Disparition des douleurs, mais pas tout-à-fait complètement
- Reprise normale du transit
- Reprise du poids : 12 kg en 6 mois

Transit du grêle (22.2.54) rapide (4 h $\frac{1}{2}$ après) injection du colon. Aspect étiré en arc de cercle de la dernière anse grêle.

Reste en bon état général jusqu'en Avril 1955

- Douleurs abdominale diffuse avec constipation
- Fièvre à 39°
- Masse caecale identique
- Apparition d'un ictère grave durant 6 semaines.

En 1956 : Syndrome de Koenig typique

Traitement médical.

Revu le 5 Mars 1956 :

- La masse caecale persiste mais paraît de taille moins importante qu'en 1953.

Lavement baryté: aucun renseignement appréciable

Transit du grêle : Aspect d'iléite, plusieurs anses paraissent intéressées par le processus inflammatoire.

Compte rendu opératoire - 2ème intervention : 20 Avril 1956

- Médiane sous ombilicale

- Tumeur du volume du poing siégeant sur la fin du grêle, d'aspect inflammatoire englobant plusieurs anses de la terminaison iléale.

On est obligé de faire une résection iléale très étendue (environ la moitié du grêle) et de la combiner avec une résection du caeco-ascendant.

- Pas de ganglions dans la racine du mésentère.

- Rétablissement de la continuité par anastomose iléo-colique-latérale en 2 plans au lin pur péritonéale. Drain par contre-incision.

Histologie (Dr. VERMES)

L'étude des fragments montre l'existence d'une volumineuse formation lipomateuse siégeant au niveau de la sous-séreuse. On observe de nombreux foyers lymphoïdes et de cellules inflammatoires polymorphes et quelques cellules à corps étrangers, ainsi que des phénomènes d'endo-vascularité à tendance oblitérante. La muqueuse est par place exulcérée.

Les fragments épiploïques examinés montrent un tissu conjonctif sclérogène avec une disposition concentrique curieuse des fibres collogènes autour des vaisseaux. Cellules inflammatoires polymorphes. Crohn probable.

Suites opératoires :

- Hémorragie due à un traitement au tromexane systématique 12ème jour (6 jours après le début du traitement (2 comprimés de tromexane pendant 4 jours puis 1 comprimé $\frac{1}{2}$ pendant 2 jours).

- Deux jours avant l'accident, il présentait 26 % de prothrombine (13'45 contre 12'45 au témoin tolérance à l'héparine).

- Le jour de l'accident: test héparine 11'30 contre 10'45 pour le témoin 31 % de prothrombine.

- Traitement : 4 flacons de sang en 5 jours.

Sort le 32ème jour en bon état.

Va très bien jusqu'en Juin 1958.

- Apparition de douleurs sous-costales gauches et épigastriques post-prandiales.
- Léger ballonnement.

RX : Quelques niveaux liquides

Le 29.1.59 : Transit du grêle : Difficile à suivre en raison du morcellement de la baryte.

- Reste anémique : 3.430.000 GR.
8.560 GB.

Revu le 10.10.60 : Va bien.

De temps en temps, poussée de diarrhée (2 selles, parfois moulées, parfois liquides).

Observation IV -

Mme. S Yvonne- 28 ans.

Début Juillet 1960 :

- Phénomènes subocclusifs
- Puis se précisent des douleurs de l'hypocondre droit, sans irradiation, avec sensation de ballonnement, de plénitude gazeuse, et suivie de petites diarrhées intermittentes.

Le 20 Août 1960 :

- Température 40° avec frissons, sans douleurs
- Urines normales

Le 14 Septembre :

- Nouvelle poussée fébrile fugace pendant laquelle la malade ne souffre pas
- A l'examen de l'abdomen, rien d'anormal
- Au toucher vaginal, dans le cul-de-sac latéral droit, masse dure fixée de la taille d'un marron, avec derrière elle, une tuméfaction plus dure et plus postérieure.

Le 21 Septembre :

- Le tableau d'occlusion fébrile se complète
- L'intervention est décidée.

Compte rendu opératoire : 6 Octobre 1960 (Dr. MARQUAND)

Dg. pré-opératoire: lésion annexielle probable

- Incision médiane sous-ombilicale.

A l'exploration, on constate qu'il s'agit d'une tumeur située à 20 cm environ de l'angle iléo-caecal intéressant la dernière anse iléale qui est repliée sur elle-même, capotée dans le petit bassin où elle est adhérente au détroit supérieur.

Il s'agit d'une tumeur inflammatoire avec ganglions mésentériques dans l'angle de plicature du grêle.

Cette tumeur est facilement libérée au doigt et ascensionnée.

Il n'existe pas à ce niveau de diverticule de Meckel et il semble bien s'agir d'une iléite terminale.

- Résection du grêle, avec anastomose iléo-iléale à 2 travers de doigt de l'angle iléo-caecal
- Le grêle est sectionné en amont à 30 cm environ de la tumeur, en aval à 3 cm de l'angle iléo-caecal et au cours de cette manoeuvre, on constate que le grêle à ce niveau, juste sous l'écraseur, présente une musculature très épaissie.
- Fermeture du grêle à la Mayo.

- Après section radiée du méso emportant les ganglions, on réimplantera le bout proximal du grêle sur la face antero-latérale du caecum par anastomose termino-latérale, à l'aide du procédé de la recoupe .
- Anastomose en deux plans.
- Péritoine pariétal fixé par quelques points de soie
- Pas de drainage.

Histologie : (Dr. VERMES)

L'étude des fragments montre des aspects qu'il convient d'interpréter d'accord avec la clinique, comme étant ceux d'une maladie de CROHN.

Suites opératoires normales.

Sort le 16 Octobre 1960.

Observation V

Mr. H Elie - 39 ans.

En 1950 : Crises douloureuses épigastriques à type de striction, durant 5 heures, suivies de constipation et se répétant tous les 15 jours environ.

En 1954 : Les crises se rapprochent, la dernière crise dure 2 jours consécutifs, s'accompagne d'une occlusion franche et de vomissements.

Radio : Transit gastro-duodéal normal

Un lavement baryté est alors pratiqué : Image anormale de la région caecale interprétée comme une tuberculose hypertrophique mais on note une dilatation de la dernière anse grêle.

A l'examen :

- Poids : 65,600 kg
- Bon état général - Coeur, Poumons : Rien à signaler
- Abdomen souple, foie et rate normaux
- Tuméfaction palpable dans la région caecale s'étendant jusqu'à 3 travers de doigt de l'ombilic, bien délimitée, ferme, indolore.
- Fosse lombaire libre.
- Toucher rectal : Rien à signaler.

Antécédents : Ni paludisme, ni dysenterie.

Labo : 8.340 GB.

4.590.000 GR.

Polynucléaire 67 %

Compte rendu opératoire (Dr. MARQUAND)

- Médiane sous-ombilicale
- Exploration : Tumeur iléo-caecale très mobile, de consistance molle. Grêle épaissi et inflammatoire sur les 15 derniers cm de l'iléon (20 cm en amont coupe)
- Rien sur le foie ni dans le petit bassin
- Barraya droit
- Hémicolectomie droite. Anastomose iléo-transverse, latéro-latérale en 2 plans, points séparés. Fermeture de la brèche mésentérique. Drainage de l'espace rétro-péritonéal par lame.

Histologie - (Dr. VERMES)

- Prélèvements de fragments de grêle au niveau des exulcérations de la muqueuse situées sur le grêle terminal. Ganglions mésentériques.

Les fragments examinés montrent la présence de multiples foyers lymphoïdes par place avec des centres germinatifs, siégeant au niveau des différentes couches,

en particulier au niveau de la sous-muqueuse. On observe également des zones oedémateuses et sclérogènes, des ectasies vasculaires et des cellules inflammatoires polymorphes.

Un des ganglions prélevés présente quelques foyers épithélioïdes sclérogènes avec de rares cellules d'allure géante, une hyperplasie réticulaire et des cellules inflammatoires polymorphes.

L'autre ganglion est très congestif et présente des plages hémorragiques et d'allure nécrobiotique.

Les images histologiques plaident en faveur du diagnostic clinique d'iléite terminale.

Suites opératoires: Normales.

- Suppuration de paroi
- Poids de sortie : 66,300 kg

Va bien actuellement.

Observation VI :

Mr. L Louis - 39 ans.

Début en 1945 :

- Crise de diarrhées avec douleurs coliques durant 2 à 3 jours.

Durent 12 ans - Soigné par le Professeur DEBRAY.

Septembre 1957 :

Les crises s'accompagnent d'un amaigrissement de 10 kg.

Le 7 Octobre 1958 :

- Lavement baryté avec étude de la dernière anse grêle

Donne anse grêle étroite, irrégulière, sur 10 cm.

Dg. d'iléite terminale

Traitement de Rimifon Bisulfa.

En Août 1959 :

- Douleurs de type gastrique, survenant immédiatement après les repas.

- Selles épisodiquement diarrhéiques, sans émission de glaires ni de sang.

Clichés d'estomac : Aucune lésion gastro-duodénale.

Le 7 Octobre 1959 :

Crise particulièrement douloureuse. Crampe diffuse dans tout l'abdomen, avec cependant maximum dans l'hypocondre droit, à types coliques, évoluant en paroxysme toutes les 2 ou 3 minutes.

Cette crise intense dure 2 jours avec vomissements alimentaires importants.

2 lavements barytés ne mettent pas en évidence la dernière anse grêle, mais un bas-fond caecal au voisinage de la valvule mal imprégnée.

- Aspect cône et rigide du caecum ++

La crise cède le 5.11.59 avec le traitement médical.

On décide de poursuivre le traitement médical.

Le 17 Décembre 1959 : Nouvelle hospitalisation.

Devant le caractère évolutif des symptômes, les phénomènes subocclusifs persistants et l'aspect radiologique faisant craindre la possibilité d'un stade pré fistuleux, l'intervention est décidée.

- Numération Formule sanguine : Normale, sans anémie ni leucocytose.

Compte rendu opératoire (Dr. MARQUAND)

- Médiane sous ombilicale

Exploration : Il existe une iléite terminale manifeste avec épaissement, avec aspect inflammatoire des 48 derniers cm de l'intestin grêle. Pas de lésion caecale.

- Barraya droit d'agrandissement

- Hémi-colectomie droite. Section radiée du mésentère faisant porter la coupe intestinale à 80 cm environ de l'angle iléo-caecal.

- Anastomose iléo-transverse latéro-latérale iso-péristaltique en 2 plans soie noire.
- Drainage sous-péritonéal.

Histologie (Dr. VERMES)

L'étude des fragments montre des zones exulcérées recouvertes en partie par une membrane fibrino-polynucléuse et une forte infiltration inflammatoire polymorphe s'étendant plus ou moins sur toutes les couches avec présence de quelques micro-abcès.

- Absence de cellules géantes sur les tranches de section
- On note en certains points une hyperplasie du tissu lymphoïde.
- Les images histologiques observées étayent le diagnostic clinique et opératoire d'une maladie de CROHN.

Suites opératoires simples :

Sort en bon état le 7 Janvier 1960

Revu le 14.4.60 : Va bien.

- 3 selles par jour
- Celle du soir est diarrhéique.

Observation VII :

Mr. G Jacques - 34 ans.

Depuis Décembre 1957 :

Souffre par intermittence de coliques abdominales réitérées et en particulier de douleurs de la fosse iliaque droite.

En Avril 1958 : Crise violente avec fièvre

On intervient avec le diagnostic d'appendicite.

1ère intervention :

- Appendice normal sous hépatique (caecum court)

En revanche, la fosse iliaque droite bombe et soulève la dernière anse grêle qui est fixée presque retro-péritonéale.

Dans ces conditions, après fermeture de l'incision de Mac Burney, on pratique une incision postérieure de drainage de cet abcès retro-péritonéal qui contient du pus à colibacille.

Dans les suites, la suppuration ne se tarit pas, le trajet du drainage est devenu un trajet fistuleux.

Plus fistulographie et un lavement baryté sur lesquels on ne trouve aucune image de communication du trajet fistuleux avec le colon ou le grêle.

En Septembre 1958 :

Episode subocclusif cédant spontanément.

Le 17.9.58, persistance de la sensibilité spontanée de la fosse iliaque droite avec défense pariétale et fistule persistante.

Examens paracliniques normaux.

Poids 75 kg

Compte rendu opératoire : 24.9.58 (Mr. MOUCHET)

- Incision médiane prolongée en barrage droit

Il s'agit d'une iléite terminale. La dernière anse grêle est cartonnée, en ficelle. De gros ganglions sont perçus dans le mésentère.

Etant donné que cette iléite a donné lieu à un abcès fistulisé, on décide de faire une résection iléo-colique.

- Le grêle est sectionné à peu près à 40 cm de la valvule de Bauhin. La section sur le colon portera sur l'angle droit. Le décollement colo-pariétal est relativement facile sauf au niveau du trajet fistuleux.

L'urètre droit est repéré préalablement.

- Anastomose iléo-transverse en 2 plans, soie noire, points séparés.

Mèche et lame dans le décollement sortant par contre-incision latérale droite.

- Péritonisation aussi exacte que possible avec la dernière anse grêle.

A noter : Que cette iléite terminale siégeait sur une anse grêle accolée au péritoine à la gouttière latérale, cet homme présentant un caecum haut situé, sous hépatique.

Histologie : (Dr. VERMES)

La paroi intestinale est le siège d'une infiltration inflammatoire importante et polymorphe, avec une ou deux cellules géantes et quelques images pseudo-tuberculeuses. On note par ailleurs une hyperplasie lymphoïde au niveau des formations lymphoïdes de l'intestin et au niveau des ganglions examinés. Cet aspect est celui d'une iléite terminale.

Suites opératoires : Hématomie de paroi.

Sorti le 23 Octobre 1958.

Revu le 3.9.59 :

- Excellent état général - Poids 81,300 kg
- Cicatrice normale.

Observation VIII :

Mr. B Maurice - 59 ans.

Février 1956 :

- Douleurs abdominales par crises post-prandiales - Radio d'estomac.

Juin 1956 :

- Episode subocclusif qui cède rapidement.

Un bilan complet montre :

- Légère hypertension
- Poussée de bronchites chroniques (radios pulmonaires anciennes normales)
- Poumons : Images anormales : B.B.S.? Bronchopathie ?
- Lavement baryté : Dolicho colon gauche relatif
- Crachats : pas de BK après homogénéisation (2 fois)
(8.6.56)
- Intradermo réaction à 50 V. : Négative
- Bronchoscopie normale

Les phénomènes subocclusifs ayant cédé le 13 Juin, puis repris chez lui.

- Transit du grêle : Montre un rétrécissement du grêle terminal.

En Juillet 1956 : Revient pour un nouvel état occlusif net.

- Douleurs. Pas de vomissement. Arrêt des matières et des gaz.
- Météorisme avec péristoltisme.

RX.: Niveaux liquides.

Légère hypertonie plasmatique.

Compte rendu opératoire : 27 Juillet 1956 (Dr. CAMEY)

Médiane sous ombilicale.

Il existe sur le grêle terminal, sur le dernier mètre, trois rétrécissements sans allure tumorale, avec épaississement de la musculature, quelques nodules dans le méso.

- Résection des 2 premiers rétrécissements.
- Suture termino-terminale. Le dernier rétrécissement près de la valvule de Bauhin est laissé en place. On pratique une iléo-transversostomie, sans exclusion isopens-taltique.

Examen histologique : Aspect d'iléite terminale.

Sur l'un des fragments, on note des phénomènes inflammatoires marqués dans plusieurs endroits, et il existe même une ulcération recouverte par une membrane fibrino-polynucléaire, avec disposition de la musculature muqueuse à ce niveau. En un autre point, il existe 2 ou 3 petites formations nodulaires avec couronne lymphocytaire, des cellules épithélioïdes, des cellules de Langh et une ébauche de nécrose.

Suites opératoires: Bonnes - Va bien actuellement.

Observation IX :

Mme. K Hélène - 68 ans.

15 Septembre 1959 :

Entre pour subocclusion.

En fait, depuis cinq ans environ :

- douleurs coliques et épigastriques
- diarrhées très fréquentes

2 sortes de radios faites en 1955.

Estomac : Diverticules duodénaux D₃ D₄ retiennent l'attention.

Lavement baryté : Cadre colique normal et dernière anse déjà étroite en ficelle sur 20 cm environ, qui n'est par remarquée (Bien que très caractéristique d'iléite).

En 1959 :

- Douleurs se complètent de subocclusion fébrile avec leucocytose: 11.000 GB.
- Abdomen météorisé
- Dans l'hypocondre droit et fosse iliaque droite, on sent une masse à limites imprécises douloureuses.
- Le lavement baryté montre une virole sur l'angle droit manifestement néoplasique.

On pense à une occlusion inflammatoire avec magmas d'anses dus à l'inflammation le foyer initial pouvant être le néoplasme lui-même.

Le 26 Septembre, l'occlusion se complète :

- 1 niveau liquidien barre transversalement l'abdomen.

Intervention d'urgence le 27.9.59 par le Dr. GARCIN

Occlusion colique dont est responsable la virole sténosante, en amont de laquelle caecum et colon droit sont distendus.

- Vidange colique. C'est alors que l'on découvre 2 lésions distinctes.
- Virole serrée, perforée avec bouchon épiploïque.
- Magmas d'anses grêles terminales accolées (avec appendice sain que l'on dissèque), très épaissies formant un tout indisséquable (3 dernières anses) évoquant l'iléite crohnienne.
- Hémicolectomie droite et résection du bloc de 1,50 m de grêle environ.
- Rétablissement de la continuité par anastomose latéro-latérale-iléo-transverse.

A l'examen de la pièce :

- tumeur colique perforée classique.

Mais après ouverture longitudinale du grêle, on s'aperçoit qu'il existe toute une série étagée d'exulcérations à contours polycycliques sur la muqueuse intestinale, ceci jusqu'à la valvule de Bauhin qui présente également une exulcération analogue.

La lumière du grêle est par endroit rétrécie. Les parois sont extrêmement épaissies. Le méso a par endroit 2 cm d'épaisseur.

A environ 20 cm de la valvule de Bauhin, la lumière du grêle se rétrécit brusquement comme s'il s'agissait d'une véritable virole inflammatoire et ulcérée.

Histologie :

- Tumeur de l'angle droit du colon : Epithélioma glandulaire mucipare.
- Au niveau du caecum, lésions inflammatoires subaiguës et chroniques sans cellules néoplasiques.
- Les exulcérations au niveau de la valvule de Bauhin sont recouvertes de membranes fibrino-polynucléaires.
- Coexistence de lésions inflammatoires aiguës, subaiguës et chroniques avec nombreuses exulcérations : Iléite chrohnienne.

Suites opératoires :

- Récidive abdominale : Perception d'une importante masse de l'hypocondre droit entraînant une altération E.G.
- Lavement baryté (Mai 1960) ne montre pas d'image colique anormale. Il s'agit probablement d'une récidive ganglionnaire du cancer de l'angle droit.

Observation X :

Mr. M Etienne - 46 ans.

En 1958, rentre à l'hôpital.

Depuis 8 à 10 ans :

- Douleurs irrégulières ombilicales et gauches. Les premières radios (estomac, vésicule) sont normales.
- Puis, coliques avec émission de gaz (syndrome de Koenig ébauché)

Le 18.10.58 :

- Crise plus violente avec fièvre légère (37°5 - 38°6)
- Léger subictère - anorexie
- Masse de la fosse iliaque droite allant jusqu'au pubis, n'adhérant pas à la peau, dure, très douloureuse à la palpation, de la taille d'une mandarine irrégulière.
- Toucher rectal: douloureux
- U.I.V. Normale
- Radio poumons : Normale

Lavement baryté: Bas-fond caecal mal injecté, irrégulier.

- Numération Formule sanguine : 3.810.000 GR.

12 500 GB.

83 poly.

- VS. : 6093

1ère Intervention : Dr. MARQUAND, le 31.10.58

- Plastron appendiculaire abcédé, opéré d'urgence.
- Médiane sous ombilicale.
- Appendicectomie.

Ouverture d'un abcès péricaecal au milieu d'anses agglomérées. Prélèvement ganglionnaire Mickuliz.

- Lames de drainage.

Histologie :

Les fragments examinés ne montrent pas de lésions nettes au niveau de l'appendice lui-même, mais des phénomènes congestifs avec des infiltrations inflammatoires dans le tissu conjonctivo-adipeux-péri-appendiculaire.

Suites opératoires bonnes.

11 Février 1960 :

- Depuis 5 mois, apparition de nouvelles douleurs de type paroxystiques plus ou moins contenues, 4 à 5 heures après les repas.
- Amaigrissement de 4 kg - Asthénie.

On perçoit sous la cicatrice une masse, tuméfaction ferme, sensible, à limites diffuses.

- Toucher rectal : 0

Lavement baryté :

- Image en bec de sifflet au niveau de l'abouchement iléo-caecal.

Transit : Sur 10 cm, l'absence d'injection de la portion terminale de l'iléon avec sur plusieurs clichés l'image linéaire filiforme rigide sans double trait, confirme le diagnostic de Maladie de CROHN.

2ème Intervention : 15 Février 1960 : Hémicolectomie droite.

- Médiane sous ombilicale avec libération des adhérences.

- Barraya droit.

La terminaison du grêle et la région iléo-caecale font ensemble un magma inflammatoire très adhérent au péritoine pariétal de la fosse iliaque droite. Le grêle semble malade sur une assez grande longueur, les dernières anses sont agglomérées entre elles, épaissies, lardacées.

La section faite à 1,50 m de l'iléo-caecale.

Hémicolectomie droite - Rétablissement de la continuité par anastomose latéro-latérale-iléo-transverse, intrapéristaltique en 2 plans, points séparés.

A l'ouverture de la pièce: L'aspect épaissi, lardacé des parois du grêle et l'arrêt des lésions strictement à la valvule iléo-caecale, confirment le diagnostic d'iléite terminale.

Observation XI :

Mr. F - 30 ans.

Histoire de la maladie :

20.3.59 : Souffre depuis 2 ou 3 ans de la fosse iliaque droite, par crises. Douleur augmente à la marche. Pas de trouble de transit, vomissements.

Examen : Douleur du Mac Burney.

- Toucher rectal : Rien à signaler
- Ethylisme important chez ce barman - Foie normal - Agitation.

8.4.59 : Intervention

Compte rendu opératoire : Dr. J.N. MAILLARD

- Tableau d'appendicite chronique banale
- Incision de Mac Burney

L'appendice est macroscopiquement sain. Appendicectomie. Enfouissement.

Le grêle est déroulé sur ses 50 derniers cm. On constate alors la présence de trois formations tumorales distantes de 10 cm environ l'une de l'autre, tombant dans la lumière du grêle sur son bord mésentérique. Entre elles, le grêle est normal.

L'une d'elles est reséquée pour être adressée au laboratoire.

Sur la muqueuse, se trouve une ulcération de la dimension d'une lentille avec une forte résection inflammatoire périulcéreuse.

- Suture du grêle en un plan subtotal aux points séparés de nylon.

Compte rendu histologique :

C'est une image caractéristique de la maladie de CROHN avec ses nodules caractéristiques pseudo-tuberculeux. En principe, le malade devait avoir une sténose à ce niveau.

Dans la partie centrale, juste en regard du nodule tuberculoïde, on constate une disposition des formations épithéliales au bénéfice du tissu lymphoïde.

Iléite terminale.Suites opératoires simples -

A repris son travail de garçon de café, mais souffre dans la partie basse de la région lombaire gauche, exagérée à la marche et à la station debout. Calmé par le repos.

Un transit du grêle est demandé.- Le malade négligent, n'est pas revu.

Observation XII :

Mr. P André - 50 ans.

Histoire de la maladie :

- Les troubles intestinaux ont débuté en 1945 au retour de captivité en Autriche, par :

Episodes subocclusifs et douleurs abdominales diffuses

- Ces épisodes régressent et une diarrhée s'installe, va durer jusqu'en 1959. Cette diarrhée est le trouble majeur de la maladie, elle est constante, impérieuse, dès le lever, avec 5 à 6 selles par jour, sans effort, sans hémorragie, de couleur jaune clair.
- Des clichés concluent à une colite.
- Des examens de selles sont négatifs.
- Mise au régime + charbon.

En Janvier 1958 :Episode douloureux iliaque droit, état subfébrile

Le malade est opéré pour appendicite, mais au cours de l'intervention, (Dr. MOUCHOTTE), on découvre une iléite régionale primitive. On fait une infiltration novocaïnique. L'appendice est laissé en place. Pui, traitement par Cortancyl (1 comprimé avant chaque repas). Pas de résultat notable. La diarrhée persiste avec des douleurs abdominales diffuses.

En Mars 1959 :

- Amaigrissement de l'ordre de 10 kg depuis Décembre 1958
- Essais de traitement par : Rimifon

Pantozime

mais ce traitement mal supporté, est vite interrompu.

Les radios montrent une double localisation sur la dernière anse grêle iléon et 20 cm au-dessus.

On essaie un "test à l'aspirine". Amélioration. 2 selles par jour moulées, reprise de 3 kg mais quelques douleurs épigastriques persistent.

Dès l'arrêt du traitement, reprise de diarrhée et perte de poids. Le traitement avec l'aspirine épuise ses effets. On change :

- Rimifon
- Silicate de Bi-Pectine

Aucune action du Rimifon et en outre, il est mal supporté. Alors on institue en Juin 1959 :

Trancilone : Bon résultat : 1 selle par 24 heures - Reprise de 4 kg.

Mais en Septembre 1959 :

- Faciès cortisonique
- Il existe une éruption sur la paroi thoracique faite de boutons rouges, non pruri-

On traite de nouveau après un court arrêt, par :

1 gr. Néomycine

Triamcinolone

Bismuth

- La triamcinolone est donnée aux doses de 4 comprimés par jour, 10 jours par mois, puis 20 jours par mois, à partir du 19.3.60. Sous ce régime de traitement :

- Maintien de poids

- 1 à 2 selles moulées par jour

En Juillet 1960 :

Apparition de douleurs épigastriques, douleurs d'abord irrégulières, puis à type crampe, plus vives, quotidiennes, intermittentes, débutant 4 heures après le repas et durant jusqu'au repas suivant, avec régurgitations et 1 ou 2 vomissements commandant l'arrêt du Triamcinolone.

- Les radios gastriques montrent :

Un bulbe est encoché sur la petite courbure et il existe une niche de face postérieure bulbaire située sur la partie supérieure du 2ème duodénum.

- A la gastroscopie : Aucune lésion ulcéreuse ou tumorale n'est vue. On institue un traitement anti-ulcéreux.

Le 23 Juillet 1960 : Le malade quitte l'hôpital en bon état général mais avec plusieurs selles, car les corticoïdes sont définitivement supprimés.

Le 29 Juillet 1960 : Admis en urgence pour un tableau subocclusif.

Examen : Etat général altéré. Malade en sueurs. Abdomen un peu tendu, les anses intestinales tendues, saillantes sous la peau, avec ondes péristaltiques. La palpation est difficile avec exacerbation de la douleur permanente. Pas de gaz ni de selles.

- Réhydratation.

L'état général s'améliore. Plusieurs selles diarrhéiques et gaz, mais le malade s'alimente peu.

Le 4 Août 1960 : Nouvelle poussée douloureuse.

On décide de faire un traitement radiothérapique.

Le 12 Août, nouvelles crises douloureuses, toujours 3 selles liquides par jour et de nombreux gaz : Poussée grave d'iléite.

Le 22.9.60 : A eu 15 séances de radiothérapie.

- A été mis aux sédatifs et Noxinan

- A toujours des douleurs épigastriques irrégulières, 4 selles liquides par jour.

Très asthénique.

- Pâleur, cyanose, avec hyppocratisme digital.

Le 14.11.60 - Hospitalisé chez le Professeur J.L.LORTAT-JACOB

- Iléite grave avec cachexie : Malade pesant 41 kg

Oedème des chevilles, anorexie.

- Hématémèse abondante survenue la veille avec douleurs épigastriques, témoin de l'ulcère du bulbe, due à la thérapeutique cortisonique.

Le 18.11.60 : Légère amélioration, réparation de l'anémie, mais apparition d'une phlébite bilatérale, à bascule qui fait différer l'intervention projetée.

Le 24.11.60 : Phénomènes occlusifs intenses, mise en aspiration, réhydratation.

L'état général décline vite. Tout geste chirurgical est impossible, la phlébite est à son acmé.

Le malade meurt début Décembre de cachexie.

Observation XIII :

Enfant P Jean-Marie - 12 ans.

1.4.59 : Rentré pour état fébrile et douleur abdominale suivant un épisode grippal de 3 semaines. Il reste nauséux, avec un tiraillement dans la fosse iliaque droite.

Douleur nette au M.B. - Poumons normaux.

Compte rendu opératoire (Dr. MARQUAND)

Mac Burney - Appendice très légèrement enflammé à la pointe. Ectomie. La dernière anse grêle est très difficile à extérioriser car il s'agit d'un véri-table boudin.

La paroi du grêle est très épaisse, ferme; elle n'est pas rouge ni ecchymotique. Le méso est très infiltré, épaissi, bourré de gros ganglions (un ganglion est prélevé pour examen).

Cet épaississement du grêle s'étend sur les 30 derniers cm de l'iléon. Au delà, le grêle est tout-à-fait normal.

Infiltration novocaïnique du mésentère, novocaïne à 1 %.

Histologie : Dr. VERMES

Les fragments ganglionnaires examinés montrent une hyperplasie lymphoïde très marquée (On n'a pas recherché le bacille Pasteurella pseudo-tuberculosis)

Dg. macroscopique opératoire : Iléite terminale

Histologie : Forme de passage ?

Sorti le 8 Juin 1959 : Va bien.

HISTORIQUE

La région iléo-caecale resta très longtemps ignorée par les cliniciens qui ne lui reconnaissaient en pathologie que le terme vague de typhlite.

Cependant, MORGAGNI, en 1769, rapporte un cas d'inflammation isolée de l'intestin terminal, sans étiologie.

En 1813, COMBE rapporte un autre cas au Collège Royal de Physique de LONDRES.

Jusqu'au début du siècle, cette iléo-typhlite ne reconnut comme étiologie que la tuberculose ou l'appendicite.

Dès l'année 1900, s'ouvre l'ère qui conduisit à la définition de l'affection, par CROHN, le 13 Mai 1932, devant la section de gastro-entérologie et de proctologie de la Nouvelle-Orléans.

En effet, QUENU, en 1900, rapporte un cas; DALZIEL en 1913, distingue l'iléite de la tuberculose; DUVAL et GATELIER en 1928, l'isolent de l'appendicite; MOSCHOWITZ et WILENSKY en 1923, décrivent des lésions granulomateuses à leur niveau.

C'est alors la définition de CROHN, GINZBURG et OPPENHEIMER, qui limitent à la portion terminale de l'iléon, une inflammation non spécifique à la suite de 14 Observations qu'ils ont regroupées.

C'est à la suite de cette communication que se précisèrent les critères cliniques de l'affection, ainsi que les critères radiologiques.

Mais, peu à peu, le cadre de l'affection s'aggrandit par l'apport de forme topographique, intéressant toute la longueur du tube digestif, d'où les termes de "entérite" ou "iléite régionale" (JOURDE, DETRIE), mais se rétrécit par l'élimination histologique d'autres iléites (tuberculeuses, ...) trop longtemps confondues avec elles.

De très nombreux problèmes restent alors à résoudre :

- Histologiques, qu'HADFIELD en 1939, WARREN et SOMMERS en 1952, BARGEN en 1954, étudient, en précisant la nature exacte des lésions et la précession du stade lymphatique sur le stade intestinal.

- Etiologiques, surtout, qui orientent très différemment CHESS, REICHERT, HILLEMAND, BUSSON et JOURDE, et qui ne reçoivent pas de solution nette.
- Thérapeutiques, où les tenants de l'exclusion (CROHN, GARLOCK), s'opposent aux toujours plus nombreux partisans de la résection (COLCOCK, ...) dans l'attente d'un traitement basé sur une étiologie précise.

Enfin, récemment, de nombreux travaux français et belges, font le point de la question en Europe, tandis que CROHN redéfinit en 1958 l'iléite terminale de 1932 qu'il intitule maintenant : "Crohn's disease" : Maladie inflammatoire non spécifique caractérisée par une phase aiguë, subaiguë ou chronique, d'inflammation nécrosante, ulcéreuse et cicatrisante.

Notre bibliographie tiendra surtout compte des travaux parus depuis la thèse de JOURDE en 1947 (PARIS), où se retrouvent les travaux antérieurs à cette date.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Elle est très importante à connaître pour le chirurgien qui fait souvent le diagnostic à ventre ouvert.

ETUDE MACROSCOPIQUE -Les stades aigus -

L'épanchement intra-péritonéal est plus ou moins abondant, soit séreux, ou même séro-sanglant, soit trouble.

L'anse grêle apparaît augmentée de volume, oedémateuse, épaissie, rouge foncé, avec des adhérences fibrineuses friables, avec fausses membranes parfois.

Le méso correspondant est épaissi avec souvent exsudation séreuse, ganglions gros, congestifs, plus ou moins foncés.

Les lésions sont segmentaires, avec limitation nette vers l'amont et l'aval, respectant la valvule iléo-caecale en règle générale.

Les stades chroniques -

L'intestin est sténosé, épaissi, raide, justifiant les comparaisons de ficelle recouvert d'un exsudat séro-fibrineux qui va former un tissu fibreux qui fixe aux parties voisines l'anse atteinte. Le bord libre peut être invisible, caché sous le mésentère, scléro-lipomateux. Celui-ci est gros, souvent de 2 à 3 cm d'épaisseur avec nombreux ganglions durs. Les vaisseaux sont invisibles, aux battements parfois imperceptibles.

La limite entre intestin sain et pathologique est toujours nette.

Le stade des complications -

L'extension aux divers segments intestinaux est mal connue; soit progressivement ascendante vers le jéjunum, soit lésion en saut avec segments d'intestin sain plus ou moins longs, soit, pour ARMITAGE, RICHMANN, grêle d'emblée atteint en totalité, avec prédominance sur l'iléon terminal, car les phénomènes histologiques d'infiltration de la sous-muqueuse peuvent être assez diffus.

- La sténose de la lumière intestinale peut être totale à un stade très avancé seulement.

- Les ulcérations muqueuses s'accompagnent d'abcès intra-pariétaux, intra-mésentériques, intra-péritonéaux, à diffusion variable.

- Les fistules en sont la conséquence, caractérisées par leur diversité, soit fistules externes, notamment au périnée, à la région anale, soit internes, de toutes variétés, avec trois plus fréquentes: grêle-grêle, grêle-sigmoïde, grêle-rectum. Les fistules vésico-intestinales sont rares.

Le siège -

Depuis la description initiale de 1932, tous les divers segments de l'intestin furent intéressés par la maladie. Des diverses statistiques (CROHN, HAWTHORNE, FROBESE, VAN PATTER, et notamment de la plus récente de COLCOCK, 1960), les diverses localisations se répartissent de la façon suivante:

- Intestin grêle : 59,5 % se répartissant en :

- Iléon terminal : 40,8 %
- Iléon proximal : 12,4 %
- Jéjunum : 6,3 %

- Colon : 36,2 % se répartissant en :

- Caecum : 21,7 %
- Ascendant : 7,6 %
- Transverse : 5,0 %
- Descendant : 1,2 %
- Sigmoïde : 0,7 %

- Duodénum - Estomac : 0,9 %

(WILLIAMSON 21 Cas)

- Localisations diverses : 3,4 %

(Rectum, appendice, ...)

L'association entre elles des diverses formes est fréquente, ce qui explique la fréquence de la participation caecale, contrastant avec l'absence habituelle de lésions appendiculaires. Néanmoins, RAPPOPPORT, sur 35 pièces où l'appendice était présent, note 17 fois une infiltration interstitielle lymphocytaire avec réaction

granulomateuse (MEYERDING).

Les formes débutant par le caecum (EUDEL, VIGUIE), par le duodénum, (ANDERSON) sont rares.

Les associations -

La plus fréquente est celle de la colite ulcéreuse (WARREN, SOMMERS, YARNIS). La fréquence de cette association est variable. JACKSON la rencontre dans 11 % des cas, COLCOCK dans 2,8 %. En France, FLORENT et GOUYGOU, LOYGUE, en ont signalé les premiers cas. Dans une même famille et chez des jumeaux (HOUGHTON, FREYSZ), l'association a été relatée.

La recto-colite hémorragique est plus rarement associée, notamment en Europe. Alors que CROHN et JANOWITZ la note dans 5 % des cas, CRISMER ne la retrouve qu'une seule fois sur 59 observations.

L'association au cancer (epithelioma, adenocarcinome, ...) Observation n°9 - a été signalée quelquefois (GINZBURG), mais il n'a jamais été prouvé de filiation entre les 2 états et l'on peut affirmer la distinction totale entre les deux affections (BERSACK).

On a noté diverses autres associations, avec le diverticule de MECKEL (EKMAN), mais le rôle de ce dernier ne peut être admis dans la génèse d'une maladie de CROHN et très souvent, il s'agit d'iléite de contact, inflammatoire, sans adénopathie mésentérique ni réaction histiocytaire tuberculoïde.

L'association à la polypose (SELZNER)

Des coïncidences ont été notées : Volvulus (DIAMOND), sprue (UEBELHART), avec cirrhose considérée comme rare (KLECKNER), avec invagination (VANEK, 3 cas) avec la pneumatose kystique.

ETUDE MICROSCOPIQUE -

Le stade aigu -

Il pose le problème principal de cette affection: Celui de sa première phase évolutive. A la suite de HADFIELD qui en 1939 décrit les lésions aiguës rattachées à la maladie de CROHN, des travaux de BUSSON, JOURDE, CHOME, BARD, MIALARET, en

- L'hypertrophie lymphoïde associée à une mobilisation du tissu réticulaire, une sclérose jeune, trabéculaire (iléite folliculaire segmentaire de BUSSON).

Ces lésions siègent dans la sous-muqueuse avec stase en amont dans la muqueuse et hyperplasie ganglionnaire très importante, avec sinus turgescents hyperplasiques, disparition des centres clairs des follicules périphériques.

Au total, aspect d'adéno-iléite avec réticulose ganglionnaire.

Trois points sont soulevés par cette description :

- 1) Leur signification histologique : En effet, COCK et HADFIELD pensent qu'elle témoigne d'un processus inflammatoire car riche en éosinophiles et en histiocytes. WARREN, BUCKER, localisent l'oedème au début dans les vaisseaux lymphatiques.
- 2) Leur filiation avec le stade chronique de la maladie de CROHN : CROHN et BUSSON l'ont décrite et les observations se multiplient (MIALARET, LOYGUE, LAUMONIER), où l'adénolite est suivie d'un stade chronique des plus typique. La régression souvent obtenue après ces formes aiguës permettrait pour d'autres auteurs, tels notamment ARMITAGE, BUCKER, HILLEMAND, CHERIGIE, de rejeter du cadre de la maladie de CROHN cette première phase, classant alors ces aspects dans le cadre des adénolites aiguës curables.
- 3) Leur parenté avec l'adénolymphite mésentérique : Elle a fait l'objet d'une partie de notre travail (Observations de formes transitionnelles, T1, T2, T3). Les lésions histologiques sont variables : hyperplasie simple, réticulose aiguë, parfois image tuberculoïde. La recherche d'une étiologie infectieuse (pseudo-tuberculosis de KNAFF et GIRARD) ou même allergique (iléopathie oedémateuse de FASSIO), doit être négative pour entreprendre des recherches virologiques, radiologiques surtout (Observation de BUSSON). Ainsi, certaines d'entre elles, par l'accumulation des faits cliniques, radiologiques et histologiques, pourraient-elles être classées dans les formes transitionnelles qui verront dans quelques cas encore rares, leur parenté avec le stade chronique démontrée par l'évolution ultérieure.

Ces notions sont à l'heure actuelle très controversées, notamment par CHERIGIE et HILLEMAND, qui classent ces lésions parmi les iléites folliculaires simples.

Le stade chronique -

- Toutes les tuniques sont alors atteintes, réalisant l'aspect typique décrit par CROHN et notamment WARREN.

- Au niveau de la muqueuse, granulome inflammatoire à plasmocytes et eosinophiles nombreux, diffus, accompagné d'oedème et d'exsudat fibrineux, ne débordant pas dans la sous-muqueuse.

- Dans la sous-muqueuse, sclérose diffuse épaississant cette couche faite de bandes épaisses qui vont infiltrer les méso. Elle est faite de cellules polymorphes soit d'allure lymphoïde (FICARRA), soit de cellules réticulaires variées. En leur centre, on note des cellules géantes, histiocytaires, parfois au contact de débris alimentaires ou de talc (2 cas de TOSSONI PITTONI); de cellules épithélioïdes (28 % pour CROHN), formant des amas pseudo-tuberculeux sans caséum, notamment au niveau de la sous-séreuse (que WARREN fait dériver de l'endothélium des capillaires lymphatiques). Certaines se rapprochent de la morphologie des cellules de LANGHANS mais avec ici une forte condensation protoplasmique.

La stase lymphatique est habituelle, les artérioles atteintes de lésion d'endartérite chronique, les plexus d'Auerbach sont altérés.

Divers types (A.B.C.) sont décrits par MONEREO, en relation avec la gravité de l'ulcération qui reste dans la sous-muqueuse ou la dépasse. Ils auraient une valeur dans l'indication thérapeutique.

- Dans les méso correspondants, les ganglions sont volumineux avec hyperplasie réticulaire et lymphocytaire (64 % pour CROHN), avec infiltration des plasmocytes et scléro-lipomatose très importante.

Au stade des complications, la panileite s'accompagne d'abcès intra-pariétaux, d'ulcération et s'associe alors les lésions du granulome et de la sclérose inflammatoire.

Les problèmes histologiques à ce stade comportent 2 points importants:

1 - La présence signalée pour la première fois par LIBER, d'hyperplasie des glandes de Brunner, qui est très diversement appréciée et qui pour certains aurait une rela-

Par contre, les glandes de type pylorique, rencontrées 16/34 par KAWELL, TESLUK, sont généralement considérées comme une altération dystrophique des glandes de LIEBERKUN plutôt que d'origine métaplasique, sauf pour POTVLIEGE et TEICHMANN; ANTONIUS note la présence des glandes pyloriques dans 58,9 %.

2 - La difficulté du diagnostic histologique entre les tuberculoses iléo-caecales guéries par les antibiotiques et la maladie de CROHN. En faveur de la tuberculose, lorsque le caseum manque, valeur de l'hyperplasie des fibres réticulaires péri-folliculaires, de l'importance du tissu fibreux qui empiète sur la musculature avec atteinte ganglionnaire cicatricielle (WERMOENS).

Le diagnostic différentiel avec le talcome nécessite un examen en lumière polarisée, avec prépondérance de l'atteinte de la sous-séreuse, mais il est des cas d'association.

Les follicules de la maladie de BESNIER-BOECK, SCHAUMANN, sont très près de ceux de CROHN, mais sans aspect de cellules de Langhans, ni cellules plasmodiales.

PATHOGENIE

L'un des faits les plus importants et les plus longtemps controversés fut celui de la recherche du point de départ des lésions histologiques. Deux grandes théories se sont affrontées :

- Celle de l'atteinte primitive de la paroi intestinale
- Et celle d'un premier stade lymphatique précédant le stade intestinal.

THEORIE INTESTINALE -

SMETS et DENIS pensent que l'infiltration plasmocytaire de la muqueuse la démontre. Mais HADFIELD a démontré l'intégrité de la muqueuse et le point de départ au niveau des formations lymphoïdes de la sous-muqueuse.

BREMEN et FLAMAND estiment que le territoire lymphatique sous-muqueux est irrité par des substances variées que la muqueuse aurait résorbées.

CHESS, sur des chiens, plaça dans une anse intestinale, par l'intermédiaire d'une fistule, du sable et du talc, parvenant à reproduire des lésions proches de la maladie de CROHN.

BONFILS, employant du Castor oil en ingestion pendant 2 mois $\frac{1}{2}$ chez des chiens, provoque une nécrose superficielle avec importante infiltration lymphohystiocytaire.

STRYKER employa la paraffine et MERNIMOD retrouva des images histologiques rappelant la maladie de WHIPPLE.

Par contre, REICHERT et MATHES n'ont pu réussir à reproduire les lésions intestinales en plaçant au contact de la muqueuse des sels de silicates et de béryllium.

Ainsi, outre la disparité des différentes expériences, le principal argument contre cette théorie réside-t'elle dans l'étude histologique.

THEORIE LYMPHATIQUE -

Elle est celle qui réunit la majorité des auteurs. Soulevée par REICHERT et MATHES en 1936, ainsi que par BOCKUS, reprise par POPP, SINAIKO, NECHELIS, confirmée par les travaux histologiques de HADFIELD, de WARREN, de MEYER.

En FRANCE, BUSSON, P. BANZET et DELARUE, publient en 1943 l'observation d'une forme aiguë d'iléite avec histologiquement hyperplasie lymphoïde, réticulose accentuée et sclérose jeune, tandis que la muqueuse est strictement normale, de même que la musculuse et la séreuse.

Dans la sous-muqueuse, des formations avec réaction lymphoïde intense.

Joignant cette observation à celle d'un enfant dont ils suivent en 2 ans l'évolution du stade aigu lymphoïde au stade typique de paniléite, ils en concluent à l'hypothèse d'une maladie projetée sur l'intestin, à point de départ mésentérique d'où le terme d'"iléite folliculaire et segmentaire" qu'ils inspiraient à JOURDE pour sa thèse (1947).

L'observation n°3 nous semble également plaider en ce sens, puisqu'en 1953, la première intervention trouve une adénopathie si étendue du mésentère qu'elle empêche toute résection. L'histologie ne montre alors qu'une dilatation des sinus au niveau des ganglions prélevés. Trois ans plus tard, les lésions sont typiques, l'aspect du grêle alors nettement pathologique.

L'observation n°10 va également dans ce sens. Il manque néanmoins l'indispensable biopsie intestinale prouvant lors des premiers stades, l'intégrité intestinale.

C'est pourquoi l'observation de BUSSON, CHOME, MIALARET, JOURDE et BARD (1960) est particulièrement intéressante, car la biopsie de la paroi iléale montre l'intégrité muqueuse et en contraste, l'hyperplasie ganglionnaire de la maladie de CROHN.

Aussi la biopsie iléale à minima doit-elle être recommandée dans les stades de début.

ETIOLOGIE BACTERIENNE

Plusieurs auteurs pensèrent au début de la description de la maladie, à une étiologie microbienne qui ne fut jamais démontrée. Bien au contraire, il importe de distraire du cadre de l'iléite de CROHN, la tuberculose, la maladie des griffes de chats, la forme iléale de la maladie de Nicolas FAVRE, la maladie de BESNIER BOECK SCHAUMANN.

ROSA, FELSEN, invoquèrent le Shigella; DRAGSTEDT, le bacterium necro phorum; ERB, PHARMER, SHAPIRO, expérimentèrent l'Eschierica Coli, l'Aerobacter aerogenes, le Streptocoque viridens.

JAMBON et BERTRAND étudièrent les rapports avec le B.B.S.;

Enfin, dernièrement, KNAPP et MASSHOFF isolèrent la lymphadénite réticulaire abcédante due à Pasteurella pseudo-tuberculosis.

La difficulté de l'interprétation des recherches expérimentales provient de la similitude des lésions produites chez des animaux de laboratoire par les différents agents microbiens utilisés (travaux de STRANDE sur le chien, des auteurs scandinaves sur les truies, de ROSA, RENAUD, SELYE, sur les rats, de EMRO sur le porc).

ETIOLOGIE VASCULAIRE

Les lésions d'endartérite semblent secondaires. DELARUE note cependant un remplissage exagéré des artères du mésentère et de la graisse péri-intestinale, avec de nombreuses anastomoses entre elles. Mais, actuellement, on séparé la maladie de CROHN des artérites oblitérantes mésentériques.

ETIOLOGIE TRAUMATIQUE



Elle a été soutenue par STOKES, VANECK, MULLER, en raison de l'association à un volvulus de la dernière anse grêle, d'une invagination chronique récidivante, qui sont en fait considérés comme des modes réactionnels (REILLY, LAURENCE).

SPELLBERG, OCHSNER, retrouvent une filiation directe avec un traumatisme abdominal.

ETIOLOGIE MECANIQUE



PICHARD remarquant la richesse des derniers centimètres de l'iléon en tissu nerveux intrinsèque et l'absence d'innervation extrinsèque, fait jouer un rôle à la composition physique et chimique du contenu de la dernière anse grêle.

Les produits irritants contenus dans l'alimentation, certains silicates (dentifrices, ...) détermineraient des lésions analogues à celles de l'expérience de CHESS.

STORSTEEN, ZWELZER, WILSON, DAVIS, pensent à un trouble de la mobilité intestinale à cause de la fréquence des altérations des plexus de MEISSNER et AUERBACH; mais celles-ci ne sont pas constantes et sont plutôt une conséquence qu'une cause.

WARREN et SOMMERS pensent que l'obstruction des voies lymphatiques, notamment des voies afférentes du grêle, peut être due à l'absorption de substances irritatives.

FROZER incrimine l'absorption anormale de sous-produits du métabolisme des graisses.

ETIOLOGIE ALLERGIQUE

Elle est considérée comme très importante par nombre d'auteurs.

Expérimentalement, des réactions de sensibilisation ont été étudiées. FERRO réalisa chez le lapin un phénomène d'Arthus montrant des lésions d'infiltration de la paroi intestinale avec adénite, mais sans lésion des plaques de Peyer.

KLOOS réalisa une expérience de sensibilisation avec des extraits aqueux d'ascaris sans plus de résultats.

Enfin, récemment, COZZA, puis LAUMONNIER, réalisèrent (à la suite de SERVELLO) des lésions proches du phénomène de SCHWARTZMANN - SANARELLI chez le cobaye. Ils n'observèrent jamais de phénomènes de sclérose et de transformations granulomateuses. Les phénomènes aigus observés sont dépourvus de toutes cellules plasmodiales et d'hypertrophie lymphoïde.

Cliniquement, ROWE en 1953, et avant lui de nombreux auteurs, notamment, en FRANCE, CABANIE, MONGES, FLAMAND, GUTMANN, publient des cas d'entérite régionale allergique. Ils mettent en relief la présence de cellules éosinophiles dans les coupes histologiques, la fréquence des facteurs alimentaires: pollen, oeufs, lait, qui seuls alors déclanchent les crises, l'action bienfaisante de la novocaïne, des antihistamiques injectés localement, lors de l'intervention, au niveau du mésentère.

Récemment, FASSIO de MONTPELLIER, étudie ces iléo-pathies et rappelle les observations de ORLANDO LONGO.

J. ZAGDOUN et RYMER publient en 1957 à l'Académie de Chirurgie, un cas d'iléite segmentaire anaphylactique chez un sujet sensibilisé au P.A.S.

Tous ces auteurs rapprochent ces phénomènes de ceux décrits autrefois par GREGOIRE et COUVELAIRE dans les oedèmes aigus du pancréas. L'allergie déclancherait un réflexe d'axone au niveau des fibres sensitives du sympathique qui produit alors une vaso-dilatation artéro-capillaire avec oedème.

Ces auteurs expliquent l'hypertrophie ganglionnaire comme une réaction inflammatoire surajoutée. Ceci paraît en contradiction avec la prééminence de l'atteinte

du système lymphatique sur l'atteinte pariétale. Aussi, est-on tenté de distraire également du cadre de la maladie de CROHN les iléites allergiques passagères, notamment alimentaires, car l'évolution chronique n'a pas encore été rapportée, à la suite des observations précitées et, par ailleurs, aucune image radiologique n'a montré un début d'atteinte du système lymphoïde intestinal.

ETIOLOGIE VIRALE

Elle reste parmi les autres la plus vraisemblable. Les relations des travaux expérimentaux précédents se heurtent à la difficulté de reproduire la maladie de CROHN humaine.

La recherche des rapports existant entre l'adénolymphite mésentérique aiguë et la forme aiguë de la maladie de CROHN, nous ont incités à étudier le groupe des adénovirus.

Déjà en Avril 1953, puis en 1954, à la suite des travaux de REILLY, et en collaboration avec lui, G. LAURENCE, P. TOURNIER et leurs collaborateurs, avaient effectué les premières recherches virologiques.

En Décembre 1953, ROWE, HUEBNER, isolaient un virus du tissu adénoïdien. Ces adéno-virus contiennent de l'acide desoxy-ribo-nucléique et possèdent un antigène de type soluble.

En 1955, KJELLEN à STOCKHOLM, isole le type 3 et 5 des ganglions mésentériques et des selles d'enfants atteints d'adénite mésentérique, tandis que par ailleurs, chez ces enfants, les anticorps fixant le complément, présentent une élévation significative de leur taux.

Enfin, pour BORREN, un argument histologique est apporté : la pyrinophilie des histiocytes et des plasmocytes, preuve d'une élaboration d'anticorps.

Dans les services de notre Maître, le Professeur LAURENCE, nous avons pratiqué dans cinq cas, une étude virologique avec l'aide du Docteur MORIN du Service du Professeur LEPINE à l'Institut Pasteur.

CAS N°1 : Enfant B Patrick

Tableau clinique d'adénolymphite

Compte rendu opératoire : Appendice normal à peine congestif

Gros ganglion mésentérique

Prélèvement d'un ganglion à sec.

Recherche parmi le groupe des adénovirus : Négative.

CAS N°2 : Enfant L Daniel, âgé de 7 ans.

Tableau d'adénolymphite avec rhinopharyngite

Compte rendu opératoire : Appendice à peine congestif. Quelques ganglions dans le méso, typiques, gros, avec liquide séreux intra-péritonéal abondant.

Recherche d'adénovirus : Négative.

CAS N°3 : Enfant M Chantal, 7 ans.

Syndrome douloureux abdominal aigu.

Compte rendu opératoire : Appendice long, peu congestif.

Très grosse adénolymphite mésentérique.

Prélèvement ganglionnaire: Recherche d'adénovirus négative.

CAS N°4 : Enfant F , 10 ans.

Compte rendu opératoire : Adénolymphite typique. Appendice subnormal.

Recherche d'adénovirus : Négative.

CAS N°5 : Enfant D, 6 ans.

Douleurs abdominales aiguës

Compte rendu opératoire : Adénolymphite séreuse et mésentérique importante.

Prélèvement ganglionnaire négatif.

Les résultats de ces recherches se sont pour l'instant avérés négatifs. Les raisons en sont probablement multiples :

- Cas étudiés trop peu nombreux, et nous pensons que l'étude virologique doit rentrer dans les mœurs chirurgicales par le prélèvement systématique d'un ganglion mésentérique. La recherche systématique du groupe des adénovirus permettrait, parmi les très

nombreuses iléites segmentaires lymphoïdes, de séparer celles dues à diverses maladies infectieuses telles que rubéole, fièvres éruptives, infestations vermineuses, pneumonie, et celles du groupe des adénovirus. Dans ce groupe même, faudrait-il alors différencier les virus adénoïdo-pharyngo-conjonctivaux si communs dans les affections respiratoires, et les kerato-conjonctivites, des virus propres au tissu lymphoïde intestinal qu'a réussi à isoler KJELLEN, mais que nos propres recherches n'ont pas encore confirmé.

- La technique du prélèvement : Ganglion placé dans un tube stérile, à sec, ne semble pas pouvoir être incriminée car elle est celle de la recherche des autres adénovirus. Peut-être il y aurait-il lieu de pratiquer des examens de selles ?

- L'isolement lui-même de ces adénovirus est en pleine évolution, c'est pourquoi ces recherches méritent d'être poursuivies avec de nouveaux milieux d'étude virologique.

En ce qui concerne la maladie de CROHN chronique, nous n'avons pu effectuer qu'un seul prélèvement (Observation n°1). Il s'est avéré négatif au niveau d'un gros ganglion du mésentère, mais ceci était à prévoir puisque le stade des lésions aiguës était largement dépassé.

Dans les formes aiguës, les recherches virologiques se sont orientées longtemps (1939-1950) vers le groupe des entéro-virus.

Or, nous avons vu la prééminence du stade lymphatique sur le stade intestinal des lésions. C'est pourquoi, devant toute iléite aiguë, notamment de l'adulte, il importe de faire un prélèvement ganglionnaire mésentérique dans le but de rechercher une étiologie virale.

Il faut remarquer également la différence de fréquence entre les divers pays (Etats-Unis surtout, et en Europe, plus en Belgique qu'en France, très rare en Espagne, assez rare en Allemagne), qui peut expliquer un certain caractère épidémiologique viral, comme le cas se produit pour beaucoup de maladies virales.

La conception virale aurait l'avantage d'unir les stades aigus, les formes de transition avec l'adénolymphite, faisant du stade initial lymphatique, un stade plus ou moins silencieux.

La forme chronique, 1ère maladie décrite par CROHN, apparaîtrait alors comme le tableau apparent du retentissement intestinal secondaire. Ceci expliquerait la rareté relative de l'infection en comparaison du très grand nombre des adénolymphites.

Mais ce n'est encore qu'une hypothèse en cours de vérification.

C L I N I Q U E

- A G E -

- Entre 30 et 50 ans, lors des premières statistiques - En fait, entre 10 et 35 ans (COLCOCK, VAN PATTER).

- La forme de l'enfant est importante sur le plan pathogénique.

- 15 % seulement au-dessus de 50 ans (DAFFNER et BROWN).

- S E X E -

- Un peu plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

- La statistique de VAN PATTER sur 500 cas donne 55,7 % d'hommes, alors que pour CROHN, l'homme est atteint dans 65 % des cas.

Un certain nombre de cas familiaux ont été dépistés; 12 cas dans les statistiques de CROHN, KIRSNER en rapporte également. METZGER et FROBESE rapportent celui d'une mère et de son enfant. Des cas de jumeaux atteints ont été signalés.

L E S A S P E C T S A I G U S

A) L'iléite aiguë terminale en représente la majeure partie :

Ils représentent un nombre important de cas en FRANCE, alors qu'ils sont plus rares aux U.S.A.

I - La forme pseudo-appendiculaire :

- Début brusque avec douleurs abdominales débordant la fosse iliaque droite, avec nausées et vomissements, surtout diarrhée qui doit donner l'éveil. La température est à 38°5, parfois plus. A l'examen, la douleur est plus étendue que la fosse iliaque droite, accompagnée de défense, voire de contracture. Parfois, le signe de Capette, masse pateuse, irrégulière, diffuse et douloureuse, perçue au toucher rectal. La numération Formule sanguine montre une leucocyte élevée. L'intervention, sauf si l'appendicectomie a été pratiquée antérieurement, s'impose.

- L'évolution est variable et imprévisible :

- soit guérison définitive (parfois même après appendicectomie qui pourtant est génératrice de fistules stercorales, notamment dans toutes les statistiques anglo-saxonnes)
- soit aggravation avec possibilité de perforation (rare), occlusion, abcès.
- soit, enfin, passage à la chronicité au bout d'un temps variable.

II - La forme péritonéale -

- Rare

- Tableau de perforation avec douleurs en coup de poignard, contracture généralisée.

A l'intervention, pus franc et perforation siégeant sur l'iléon terminal. Son évolution est des plus rares (Figarella).

III - La forme occlusive -

- Tableau d'une occlusion fébrile avec arrêt du transit incomplet, notamment diarrhée. Niveau liquide radiologique sur le grêle.

IV - La forme nécrosante de DETRIE (1958)

- Mélange de tableaux péritonéal, occlusif, avec choc important.

L'intervention met en évidence une anse sphacélique mais sans bride, sans volvulus ni thrombose.

Cette forme peut survenir d'emblée ou succéder à la forme pseudo-appendiculaire

B) Les autres localisations sont plus rares :

I - Les jéjunites aiguës (Cl. OLIVIER) :

- Tableau d'occlusion haute du grêle avec début brutal par une douleur épigastrique avec vomissement et fièvre. A l'examen, signe d'occlusion inflammatoire, avec abdomen distendu mais qui se défend.

Les radiographies de l'abdomen sans préparation montrent des images de niveaux liquides sur le grêle, avec épaissement des plis muqueux qui prennent un aspect dentelé et faussement haustre. L'intervention confirme le diagnostic.

II - Les formes caecales pures (EUDEL et VIGUIE)

- Sont très rares, réalisant 2 aspects :

1 aigu, pseudo-appendiculaire, avec liquide intra-péritonéal et masse caecale inflammatoire, mais l'appendice et l'iléon terminal sont indemnes;

1 forme chronique, simulant une tuberculose hypertrophique du caecum.

C'est à propos de ces formes aiguës que l'on doit envisager les problèmes posés par les formes de passage entre l'histologie typique du CROHN et celle de l'hyperplasie lymphoïde : BUSSON, CHOME et JOURDE, comme nous l'avons vu, font de celle-ci la première phase évolutive de l'affection.

En l'absence de critères bien définis, nous les décrivons comme des formes transitionnelles (surtout observées chez l'enfant).

Deux formes :

1°- Simulant l'Adénolymphite mésentérique, avec douleur abdominale paroxystique diarrhée parfois. A l'ouverture abdominale, l'appendice est sain. Il existe des lésions macroscopiques d'iléite terminale avec de grosses adénopathies mésentériques. Histologiquement, début de réaction réticulaire. Ebauche de sclérose conjonctivale mais sans caractère très spécifiquement crohnien.

Observation T 2 : Enfant L Sylvie - 2 ans $\frac{1}{2}$

- Douleurs abdominales paroxystiques avec vomissements depuis la veille.

A l'examen :

- Grosses amygdales rouges
- Douleur abdominale ++ dès la palpation
- Toucher rectal : normal.

Appendicite ?

Compte rendu opératoire :

Appendice sain - Ectomie

Epanchement citrin. La dernière anse grêle est infiltrée, très dure, cartonnée par endroits, à parois infiltrées, ecchymotiques.

Le méso friable, ecchymotique est bourré de ganglions dont le prélèvement paraît risqué car il existe une véritable gangue périganglionnaire.

La région infiltrée s'étend sur plus de 15 cm et déborde sur le caecum.

Pas de sillon qui puisse faire évoquer une invagination.

Diagnostic : Iléite terminale

Suites opératoires normales.

Observation T 3 : Enfant M Jacques - 4 ans $\frac{1}{2}$

Aucun antécédents spéciaux.

Rentré pour :

- Douleurs abdominales, nausées, diarrhées.
- MB ++ 15.600 Globules blancs - Neutro 85
- Pas de liquide

Compte rendu opératoire :

Appendice sain +++ (ectomie)

- Les 10 derniers cm du grêle sont d'aspect et de coloration normale si ce n'est dilatation très importante (double du reste).
- La palpation montre les parois très épaisses, très fermes, quoique souples.
- Le mésentère est truffé de ganglions. Prélèvement de 3 ganglions. Pas de Meckel.

Suite normale.- 8ème jour, sortie.

Tifomycine 1 gr/4 j.

Histologie :

1°- des ganglions : Architecture remaniée, léger épaississement de la capsule avec travées conjonctives partant de celle-ci et s'infiltrant vers le centre.

Faible réaction réticulaire.

Aspect d'adénite subaiguë chronique sans aucun caractère de spécificité.

2°- de la pièce appendiculaire : Conservation partielle de la muqueuse avec aclérose des tissus sous-jacents.

2°- Appendiculaires :

A l'ouverture abdominale, le contraste entre un appendice sub-normal et des lésions macroscopiques d'iléite terminale. L'histologie ne confirme pas la présence d'éléments tuberculoïdes ou même d'hyperplasie lymphoïde simple.

Observation T 1 : Enfant O Roger - 10 ans $\frac{1}{2}$

Antécédents :

Né à terme. Développement psycho-moteur normal.

Rougeole, oreillons, rhino-pharyngite à répétition.

Crises douloureuses abdominales, cinq à six par an depuis 2 ans, sans fièvre durant quelques minutes, sans troubles digestifs associés.

Vaccinations : D.T. - B.C.G.

Histoire de la maladie :

Le 20 Janvier 1959 : Crise douloureuse abdominale très violente, durant 15 minutes pendant laquelle l'enfant crie et se roule par terre.

Pas de vomissement. Température normale.

Le 21 Janvier 1959 : 39°5 matin et soir.

Bon état général.

Le 22 Janvier : La température persiste à 39°5.

Le médecin appelé trouve un enfant souriant et peu abattu. L'examen est négatif. Langue propre. Pas de troubles digestifs. En raison de l'épidémie de grippe, il porte ce diagnostic provisoire et ne donne comme seul traitement que de l'aspirine.

Le 24 Janvier : Bon aspect. Ne tousse pas.

Pas de troubles digestifs. Pas de nausées. Appétit peu perturbé.

La température est toujours en plateau, entre 39° et 40°. Pouls en rapport. Examen clinique négatif.

- Hemoculture négative

- Numération formule sanguine : GR	5.100.000
HC	100 %
GB	11.500

Poly-neutro	62,5
Eosino	0
Baso	0
Lympho	27
Mono	10

Dans la nuit du 24 au 25 : Débute une douleur diffuse dans tout l'abdomen, assez vives pour empêcher le sommeil.

Revu le 25 dans la soirée : Il paraît fatigué et continue à souffrir.
La température est à 40°.

L'abdomen respire bien mais présente une défense nette et diffuse. Pas de contracture. Point douloureux dans l'hypocondre droit. Le reste de l'examen est normal.

Diète hydrique. Vessie de glace sur le ventre.

Le 26 Janvier : Température 39-40°. Pas de nausée ni de vomissement.
Une selle normale. La défense s'est localisée à l'hypocondre droit. La douleur persiste à la palpation à ce niveau. Langue propre.

Le 27 Janvier : Une nouvelle numération Formule montre 17.600 GB avec 72,5 % de poly-neutro. La persistance de la douleur, de la défense, l'hyperleucocytose progressivement croissante, font décider l'intervention qui est pratiquée le 31 Janvier.

Compte rendu opératoire : 31 Janvier 1959 (Prof. Ag. FLABEAU)

L'enfant étant endormi, on palpe dans l'hypocondre droit une masse de la taille d'une grosse noix dure et mobile. L'incision est pratiquée à ce niveau au bord externe du grand droit. Elle mène droit sur un appendice en position sous-hépatique, d'aspect inflammatoire. Quelques gouttes de liquide séreux dans le péritoine.

Appendicectomie -

La dernière anse grêle est très inflammatoire, épaissie de façon considérable sur une longueur de trois travers de doigt, immédiatement en avant de la valvule iléo-caecale. Sa palpation donne l'impression d'un boudin dur.

Dans le mésentère, au contact même de l'anse pathologique, un ganglion gros

comme une amande, faisant corps avec l'intestin. A côté de ce ganglion, deux autres plus petits dont l'un est prélevé pour examen histologique.

Suites opératoires normales, en dehors d'une petite infection pariétale localisée.

Actuellement (Mai 1959), le jeune malade se porte bien et n'a pas présenté de nouveaux troubles douloureux ni fébriles.

Histologie : Tissu ganglionnaire dont la structure a été profondément remaniée par inflammation. On ne trouve aucune structure qui puisse faire penser à un processus tuberculeux.

Il importe dans tous ces cas de pratiquer 3 examens :

1) L'examen histologique des ganglions mésentériques de l'appendice s'il est enlevé (Voire biopsie iléale).

2) L'étude virologique et bactériologique de ces ganglions

3) Dans les mois qui suivent, des examens radiologiques: transit du grêle.

Les images radiologiques de ces stades de début sont caractérisées par une anse intestinale large, hypotonique, avec aspect lacunaire, aspect clouté correspondant à l'hypertrophie des plaques de Peyer avec lacunes de forme ovale. De nombreux îlots clairs se juxtaposent en images réticulées. Le diagnostic peut en être difficile avec les entérites folliculaires non spécifiques. Valeur alors de clichés sous-prostigmine qui obtiennent une dilatation de l'anse et des images de follicules hypertrophiés.

L'évolution de ces aspects aigus et subaigus : Variable et imprévisible.

- La guérison : Elle est exceptionnelle pour certains auteurs (HILLEMAND, ARNULF, BUFFARD) qui classent comme maladie de CROHN seules les formes qui deviennent chroniques. A l'opposé (CROHN, BUSSON, DETRIE), ceux qui admettent la première phase évolutive aiguë ou subaiguë de cette maladie, pensent qu'elle survient dans 50 à 25 des cas. La difficulté pour l'affirmer provient de la particularité évolutive de la maladie de CROHN vers la récurrence. Celle-ci peut survenir quelquefois de nombreuses

années après (1 cas de COURTY séparé par un intervalle de 39 ans, le cas princeps de CROHN récidivant 26 ans après). Un long recul est donc nécessaire pour affirmer la guérison et il semble qu'un facteur géographique joue également car il est beaucoup plus souvent noté en Amérique qu'en France. En Espagne (PALMA, MARINA FIOL JUMENEZ, DIAZ), la guérison serait fréquente dans les formes dites "non malignes" de ces auteurs qui décrivent à la maladie de CROHN deux formes.

BERTRAND et INGLESSIS (LYON) décrivent également deux maladies différentes : iléite aiguë et iléite chronique.

L'évolution vers le stade chronique qui peut se faire en moins d'un an ou sur plusieurs années par poussées évolutives intermittentes. Se constitue alors la paniléite ulcéreuse et sclérosante typique. Ces poussées sont parfois reliées à un épisode psychique (décès, arrestation, ...) d'où le terme de poussée évolutive psychomatique.

La répétition des accidents aigus peut se voir avant tout processus scléreux,
 - soit dans la même année (les 6 accidents successifs de Capette),
 - soit de façon plus variable (SHEARER et JACKSON, 2 accidents successifs aigus lors de la 3ème et de la 12ème année de la maladie).

La topographie initiale jouerait également un rôle. MARCJAK, FRIEDMAN, WOLF et CROHN, opposent depuis 1953 les atteintes proximales, jéjunite et iléo-jéjunite de guérison rare, aux atteintes distales: iléite terminale, iléo-colite, susceptibles de guérison.

LES ASPECTS CHRONIQUES



Qu'ils surviennent après une phase aiguë reconnue ou d'emblée, ils s'étendent sur plusieurs années.

Dans les antécédents, on note très souvent (23 %, JADOT, CHANOINE), l'appendicectomie (marque pour certains d'une phase aiguë adénolymphitique méconnue, car sans études histologiques, virologiques et radiologiques).

Dans 12 %, des antécédents d'abcès de la marge de l'anus.

Le début insidieux est fait de crises douloureuses abdominales peu précises avec diarrhée, symptôme majeur, et amaigrissement avec asthénie.

Puis, le tableau d'entéro-colite se complète, le groupement des signes est assez variable selon les cas :

- les douleurs abdominales sont d'horaire tardif, 4 à 8 heures après les repas, localisées à la fosse iliaque droite (70 %), peu vives, à la fosse iliaque gauche (15 %).
- La diarrhée (78 %) est constituée par 3 à 6 selles par jour, molles, sans glaire et dépourvues de sang dans la majorité des cas. Parfois, elle suit une crise de constipation avec syndrome de Koenig (crise diarrhéique libératrice avec borborygmes affaïssement de la distention abdominale (12 %).
- L'atteinte de l'état général est sévère (57 %) avec amaigrissement très intense. Un état sub-fébrile s'installe (62 %).
- A l'examen de l'abdomen, souvent un symptôme très important : perception dans la fosse iliaque droite d'une masse pateuse, souvent douloureuse, parfois fixée, aux limites imprécises et dont le pôle inférieur peut être retrouvé au toucher rectal. Le reste de l'examen confirme l'amaigrissement.

Les examens paracliniques :

- a) Numération - Formule sanguine, jugent de l'anémie (75 %), de l'hyperleucocytose. La V.S. élevée se voit lors des poussées (66 %).
- b) Hématocrite - protides - bilan ionique - réserve alcaline, jugent de l'atteinte de l'état général.
- c) L'examen des selles, montre l'absence de B.K. et de parasites, d'amibes surtout.
- d) L'examen radiologique :

C'est le 1er examen paraclinique à effectuer dès le moindre soupçon. Sa technique est variée. BOURDON et FENOLL recommandent de faire un glaçage du grêle à la sonde de MILLER ABOIT.- RACHET, BUSSON et ARNOUS emploient la prostigmine pour

Il importe surtout de demander l'exploration par transit du grêle, voire même compléter par des clichés gastriques (MARTIN, CARR, THURN, SIMPSON) et par lavement baryté, avec insufflation, et pour SCHLOTTER, d'examiner en entier tout le tube digestif.

La sténose est le signe le plus caractéristique, réalisant au maximum le signe de la corde de KANTOR qui n'est pourtant pas spécifique puisque signalé (CRANE) dans la colite spasmodique. C'est une ligne mince, souvent curviligne (Observation n°6) qui coupe le segment de la dernière anse grêle. L'intestin susjacent est dilaté.

Le long de ces segments dilatés, on constate un aspect clouté avec image polypoïde, séparée de zones saines, réalisant le signe du saut (SKIP - AREAS).

Avec BROMBART et BODART, il faut insister sur l'asymétrie des bords de ces lésions : le bord mésentérique est régulièrement curviligne, linéaire; le bord libre forme une poche excentrique par rapport à la lumière de l'anse qui est rétrécie. Les variations de calibre de cette lumière sont conditionnées par le bord anti-mésentérique. Au niveau de la muqueuse, des vallées en coin, plages à fines trabéculations longitudinales, reflètent l'altération du relief muqueux.

La juxtaposition de 3 segments peut être décrite : segment rétréci, puis segment d'amont à bord mésentérique curviligne asymétrique et segment proximal avec relief muqueux un peu altéré.

Ces signes caractéristiques traduisent des lésions chroniques avancées et s'accompagnent alors de fistules dont la mise en évidence radiologique est difficile. Ces fistules peuvent être annoncées par des aspects en spicules allongés.

Mais il faut s'attacher actuellement à rechercher les premiers signes d'un passage à la chronicité : calibre constant d'une anse, remplissage défectueux, plis effacés et au lavement opaques, après insufflation, avec aspect lacunaire, pseudo-polypoïde, nodulaire, la dernière anse n'est pas souple, présentant une hypertonie avec rigidité. Le caecum pourra participer avec déformation spiculaire ou image d'hypertonie beaucoup moins caractéristique.

Au niveau du jéjunum, les images sont identiques à celles de l'iléon, avec transition brutale entre l'anse saine et l'anse atteinte. La lésion est sténosante sur 2 à 20 centimètres.

Au niveau du colon, la lumière rétrécie, l'aspect rigide, s'étendant sur un assez long segment, trompant avec le cancer.

Au niveau du duodénum, lumière rétrécie, irrégulière, le plus souvent au niveau du 2ème duodénum, entraînant une sténose (MARSHAK).

e) La recto-sigmoïdoscopie est indispensable -

- L'aspect normal de la muqueuse élimine la recto-colite hémorragique.

- Parfois, lésion de colite ulcéreuse dont l'association a déjà été notée.

- Une biopsie peut être effectuée au niveau des fistules ou des fissures anales

MORSEN, sur 23 cas, note dans 10 cas des cellules géantes sans caseum, à l'histologie, qui furent prises pendant un certain temps pour des lésions tuberculeuses.

D'autres examens de laboratoire ont été proposés :

- l'étude de la répartition du chrome radioactif proposée par ENSRUD et OWEN

- l'étude des mucoïdes sériques de COOKE. En effet, ces séro-mucoïdes que l'on trouve dans le foie et le tissu conjonctif à l'état physiologique, ont été retrouvées dans les tumeurs intestinales inflammatoires, dans la colite ulcéreuse et dans la maladie de CROHN.

Le taux normal, situé entre 46 et 110 milligrammes par litre, monte à 160 - 170 milligrammes par litre.

VAN PATTER observe que la gravité est parallèle à l'élévation du taux de ces séro-mucoïdes.

COMPLICATIONS

Elles émaillent les diverses poussées du stade chronique et longtemps elles furent considérées comme la marque même de cette affection.

I - Deux sont très caractéristiques :

- Les sténoses

- les fistules

A) Les Sténoses : (83,6 % pour COLCOCK)

Dues parfois au rétrécissement progressif de la lumière du grêle, elles entraînent des sub-occlusions prolongées. Le retentissement sur l'état général va produire du fait du déséquilibre hydro-électrolytique, une cachexie qui allie la déshydratation, l'hypoprotéïnémie. Souvent, le tableau occlusif est complet. Le mécanisme en est alors un abcès intra-mural et intra-mésentérique qui produit l'accolement d'une anse abcédée au grêle ou au colon. L'intervention dans ces cas est particulièrement grave.

B) Les fistules :

Elles résultent de l'abcédation de l'iléite.

Leur fréquence avoisine 35 à 40 % (CHANOINE, CROHN, VAN PATTEN) des cas.

Elles se décomposent :

1°- En fistules externes : 17,5 % à 21 %, comprenant :

- fistules sur la paroi abdominale (cicatrices d'intervention, voire même sans intervention) : 3,5 %
- fistules anales : 14 %

2°- En fistules internes : 23 % environ qui se décomposent en :

- Iléo-iléales : 23 %
- Iléo-caecales : 24 %
- Iléo-sigmoïdiennes : 19 %
- Iléo-vésicales : 9 %
- Iléon-colon-transverse : 4,4 %
- Iléon-colon droit : 2,6 %

- Iléo-appendiculaires : 1,7 %
- Iléo-ovariennes ou génitales : 1,7 %
- Iléo-recto-vaginales : 1,7 %
- Iléo-recto-vésicales : 1 %
- Iléo-colon transverse + estomac : 0,9 %
- Iléon-fascia du psoas (Urétère) : 0,9 %

3°- En fistules multiples, internes : 11 % - Impossibles à schématiser.

4°- En fistules externes et internes associées : 7 %

5°- En fistules encore mal précisées anatomiquement car existant chez des malades suivis médicalement et non explorés : 35 %.

Leur expression clinique est variable :

- Parfois découverte opératoire, en cours d'intervention ou même lors de la dissection de la pièce qui montrera une fistule iléo-iléale ou iléo-caécale, dans le magma inflammatoire.
- Le plus souvent, suspectée sur un ensemble de signes assez particuliers à chaque localisation.

1) - La fistulisation sigmoïdienne -

Précédée d'un épisode aigu, douleur vive de la fosse iliaque droite, élévation thermique à 40°, avec accentuation de la diarrhée et baisse importante de l'état général de ce suppurant chronique. L'examen clinique montre le plus souvent une masse tendue (perçue au toucher rectal) ou même très importante (forme pseudo-tumorale de CHERIGIE, SOUPAULT, HEPP).

Lorsqu'elle est constituée, la fistule est révélée par l'examen radiologique:

- par voie haute, le grêle injecte directement au bout de 4 à 6 heures le sigmoïde
- par lavement baryté, on met en évidence le trajet fistuleux
- la rectoscopie est souvent difficile, mais la biopsie peut mettre en évidence des lésions crohniennes (SELZER)

Son évolution est toujours sévère avec déshydratation et cachexie.

2) - La fistulisation vésicale -

Due à un abcès qui s'ouvre dans la vessie ou à un accollement direct entre celle-ci et l'anse grêle, elle peut intéresser également le rectum.

Sa topographie varie suivant le sexe, s'ouvrant au dôme de la vessie chez la femme, dans le trigone chez l'homme.

L'exceptionnelle fistulisation urétérale a été signalée par GINZBURG et OPPENHEIMER et en FRANCE par CHAMPEAU, CAROLI et BUCCAILLE.

Les symptômes se groupent en 2 stades :

- pré-fistuleux : c'est celui de la masse pelvienne qui refoule le cystogramme donnant un aspect pseudo-tumoral de la paroi vésicale (BLACK et BOLDT).
- fistuleux, attesté par la pneumaturie et la fécalurie, seuls signes patents car transit, lavement, cystographie et cystoscopie ne montrent en règle le trajet.

Ainsi est-on conduit à l'exploration opératoire qui peut faire douter entre CROHN, diverticulite ou cancer (BARNY, GAYET).

3) - La fistulisation à la paroi abdominale -

Soit d'emblée, révélatrice, soit compliquant un geste opératoire, notamment l'appendicectomie, ou le drainage d'un abcès péri-caecal.

Sa fréquence est nettement inférieure en Europe par rapport aux U.S.A. (Ici, 23 %, surtout dans les 5 à 6 semaines post-opératoires, mais aussi jusqu'à 5 ans).

La fistulographie précisera le trajet, combinée au transit et au lavement baryté.

4) - La fistulisation périnéale -

- Soit anale, ischio-rectale

Le diagnostic d'origine peut en être très difficile lorsqu'elle représente la manifestation première de la maladie. En effet, les trajets fistuleux sont plus ou moins obturés. Il faut savoir y penser et biopsier ces fistules (MORSON).

- Soit vaginale (sévère pour DELANNOY)

Diagnostic d'examen gynécologique complet (speculum, ...)

(Résultat d'abcès recto-vaginaux)

II - Sont plus rares :

- la perforation
- les hémorragies

A) La perforation :

1) Libre, elle est très rare au stade chronique, réalisant un tableau sévère de péritonite par perforation (RIVES).

Son mécanisme est lié à un effort de distension (toux, ...) agissant sur une zone d'iléite fixe, à paroi ulcérée, très mince. Souvent près de la valvule de Bauhin (20 cm MILWIDSKY, 50 cm MAZINGARDE).

Le diagnostic peut être difficile à l'ouverture, avec l'ulcère simple de l'intestin, la simple lésion thrombosante du mésentère, voire même avec une plaque lymphogranulomateuse.

Son évolution redoutable (70 % de mortalité), peut parfois produire une fistule (WINNE, 18 cas).

2) Couverte - Dans le placard inflammatoire péri-intestinal, elle est l'amorce des abcès dont on a vu le devenir vers la fistule ou l'occlusion.

B) Les hémorragies (6 %).

Outre l'association aux ulcères du duodénum qui peuvent saigner (4 % pour VAN PATTER), elles comprennent:

- non pas tant le moelena microscopique diversement signalé (16 à 14 % HORWITZ)
- que surtout l'hémorragie abondante extériorisée par l'anus.

Elle peut mettre la vie en jeu par son abondance ou sa récurrence (RAUBER, COTELL)

Son origine tient aux ulcérations de la sous-muqueuse. On a incriminé dans leur genèse la cortico-thérapie prolongée.

III - Par ailleurs, on note aussi :

- Arthrites (4,5 %)
- Retard de développement signalé chez un enfant de 17 ans avec pseudo-infantilisme.

IV -- Le problème des Récidives reste le principal écueil du traitement et la principale caractéristique de la maladie.

- La fréquence

Elle est extrêmement variable selon les auteurs et selon les procédés opératoires (dérivation, exclusion ou résection).

Ainsi l'on trouve :

- MARSHALL : 16,7 % après résection
- MEYER RUBLE : 19 % après résection
- COLP : 21,8 % après résection
- COLCOCK : 23,7 % après résection
- COLP : 28,9 % après exclusion
- BARGEN : 38 % après résection
- CROHN : 50 % (globales)
- VAN PATTTER : 64 % (globales)
(MAYO CLINIC : 600 cas)
- HAWTHORNE-FROBESE : 73 % (globales)
- RHOTS : 92 % (globales)

- L'intervalle - Compris entre les 2 épisodes, est variable comme nous l'avons déjà vu. Mais il semble que la plupart des récidives (BARGEN 87 %) aient lieu dans les 2 ans qui suivent la première intervention. Ce pourcentage augmente avec le nombre d'interventions, pour VAN PATTTER (81 % après la 2ème, 89 % après la 3ème). COLCOCK note cependant qu'après une deuxième résection, 54 % des malades ne firent pas de rechûte. Un seul malade dut subir une quatrième et une cinquième résections. L'intervalle libre, s'il est important (plusieurs années), témoigne de récidive tardive, moins grave (MASSION).

- La localisation de ces récidives se fait :

- soit au contact de l'anastomose au niveau du grêle (CROHN et JANOWITZ)
- soit, assez fréquemment, à distance, dans une zone qui avait été vue saine
(Observation N°1)

La cause de ces récurrences est encore mal définie. Deux facteurs importants sont à considérer :

a) L'insuffisance de la résection

Les observations de résection courte passant à moins de 15 cm, récidivent très souvent (SMETS).

Par contre, les résections larges, passant à 60 cm en amont des lésions macroscopiques sur le grêle et en aval jusqu'au colon transverse, sont suivies de meilleurs résultats (une récurrence seulement sur les 20 cas de DELOYERS et BREMER).

Il peut s'agir de lésions laissées en place, d'où l'intérêt de l'étude microscopique des tranches de section qui permet à DANIS de retrouver jusqu'à 25 cm des lésions histologiques, mais il peut s'agir, bien entendu, de récurrences vraies.

b) L'insuffisance de résection du territoire lymphatique envahi -

Les renseignements fournis à ce sujet dans les compte rendus opératoires ne permettent pas de connaître l'incidence réelle de ce facteur.

Néanmoins, la fréquence des hémicolectomies effectuées dans nos observations ainsi que dans les observations belges ou françaises, peut expliquer le petit nombre des récurrences (1 après résection, 1 après dérivation, sur 12 cas).

La conséquence en est bien souvent une résection importante du grêle, mal tolérée des 70 %. En effet, la rééquilibration alimentaire est difficile. KOZOLL pendant 22 mois dut lutter après une résection massive du grêle et du colon droit contre :

- une diarrhée incoercible entraînant déshydratation et dénutrition
- l'alcalose
- l'hypercalcémie avec crises de tétanie
- et l'hypoprothrombinémie avec accidents hémorragiques.

Même après résection limitée, un syndrome "d'indigestion caeco-colique droite" (BUSSON) peut s'installer, demandant une étude coprologique et un traitement avec régime pour y remédier.

FORMES CLINIQUES

I - Les formes de l'enfant -

a) Nous avons déjà insisté sur les formes à type d'adénolymphite que nous avons classées parmi les formes transitionnelles. Notons que l'hypertrophie lymphoïde que CHERIGIE considère pathologique, apparaît normale à PORCHER, BUFFARD, SAUVEGRAIN, WELLS, BESKER.

b) L'aspect habituel est celui d'une crise d'appendicite :

(30 cas jusqu'en 1955 décrits par STORRES et HOCKIMAN - le plus souvent chez des enfants de 10 à 15 ans (MOSELEY)

- la douleur est pourtant plus diffuse; on peut sentir une masse dans la fosse iliaque droite, la vitesse de sédimentation est accélérée.

- l'appendicectomie pratiquée dans la plupart des cas (ou même en son absence), est suivie d'une phase de troubles du transit. Il faudra par les examens complémentaires (laboratoire, histologie), éliminer le rôle de Pasteurella pseudo-tuberculosis (DURON).

- La sténose secondaire du grêle fait alors son apparition au bout de quelques mois, voire même 2 à 5 ans (CHANOINE, JADOT). Mais elle semble beaucoup plus rare que chez l'adulte (MADISON).

c) L'aspect peut être chronique d'emblée, réalisant une sténose iléale ou jujénale (HOWARD), avec signes radiologiques semblables à ceux de l'adulte. Même possibilité de complication, notamment fistule ano-rectale (MOSELEY), fistule iléo-mésentérique (MIALARET).

d) Chez le nouveau-né, certains (BORRER), décrivent des formes avec nécrose intestinale et sphacèle de type suraiguë, particulièrement grave. Ces formes sont très difficiles à classer et doivent être différenciées :

- des entérites graves toxiques (Maladie de HANSER ou dues aux echovirus et aux Coxsackies
- de l'entérite de DEXTER et GOWING
- des entéro-colites pseudo-membraneuses
- de la colite ulcéreuse, enfin.

Ainsi, cette forme doit être classée à part et n'être admise qu'avec la plus grande prudence. La pathogénie des formes du nouveau-né semble à KOOP et FETTER, héréditaire; l'infection est pour eux contractée in utero.

II - Les formes de la femme enceinte -

La maladie de CROHN n'entraîne pas la stérilité. CROHN et YARNIS décomptent 84 grossesses sur 53 malades.

Par contre, la grossesse a un effet défavorable sur l'évolution, notamment dans la période du post partum où apparaissent alors souvent des sténoses, des abcès, voire des hémorragies.

III - Les formes topographiques -

La forme caecale pure (EUDEL, VIGUIE, BENETT, JONES, WIGGLESWORTH) outre son aspect aigu, présente l'association à des troubles intestinaux d'une tumeur caecale et d'une lacune radiologique toujours trompeuse.

La forme duodénale est considérée comme très rare (3 cas sur 600 à la Mayo Clinic. BERK en a observé paradoxalement 3 sur 16 cas).

Tantôt d'emblée avec des symptômes d'obstruction duodénale et rétention gastrique (vomissements, douleurs 3 heures après les repas, estomac de stase). A la radio, signe de sténose, le plus souvent sur le 2ème duodénum ou même simple, irrégularité des bords (SEGAL).

Tantôt survenant après une localisation iléale, d'où l'intérêt de l'examen radiologique complet.

Exceptionnellement révélée par une fistule duodénale (CARLISME et JUDD) avec diarrhée sévère, un ictère par oedème de la papille, une sténose du pylore par lésion du 1er duodénum (PERRUCHO).

La forme stomacale, rare (LUCCEHESE)

Traduite par des vomissements entraînant anémie et hypoprotéïnémie (ZETZEL), une anorexie. La radiographie peut montrer une image de sténose, mais le plus souvent des images analogues à une linite (MARTIN). La biopsie gastrique avec gastroscopie a pu confirmer le diagnostic dans un cas. L'association est possible avec la forme

Les formes du colon distal sont très rares. Ce sont surtout des formes de récidives.

Les formes étendues avec localisation iléo-jéjunales ou iléo-colique dont le point de départ est le plus souvent l'iléon terminal.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

I - Dans les aspects aigus -

A - L'appendicite aiguë sous toutes ses formes (25 %)

- soit péritonite, avec appendice perforé et iléite de contact.
- soit crise aiguë chez l'enfant notamment, où la réaction adénoïdienne mésentérique est fréquente lorsque l'appendice est nettement pathologique (rouge, épaissi, avec méso oedémateux). L'histologie montre bien les lésions de type uniquement inflammatoire.
- soit abcès appendiculaire. Il faut toujours disséquer l'appendice pour se rendre compte de son état exact et demander à son niveau une histologie.

Parfois, l'histoire clinique peut être particulièrement trompeuse s'il s'agit de malades chez lesquels une première intervention a porté le diagnostic de CROHN sur la vue d'une masse tumorale plus ou moins abcédée et dont le point de départ était appendiculaire :

Observation D 1 - Mr. G Jean - 26 ans.

Vu le 5.5.59 par le Dr. Sylvain BLONDIN.

Depuis 1957 : Douleurs abdominales à type de colique, de plus en plus fréquentes

Dès 1958, ces crises sont violentes et accompagnées de selles liquides.

1ère intervention par le Dr. L ... pour CROHN ou tuberculose. Exploratrice suivie de 10 séries de radiothérapie.

2ème intervention, le 1er Décembre 1958 : Iléotransversostomie.

3ème intervention : Anus iliaque gauche, pour syndrome occlusif (Radio du Dr. CHERIGIE

Image typique de CROHN (Mémoires de la Société de Gastro-Entérologie Tome 48, n°3,

Le 14 Mai 1959 : Intervention par le Dr. Sylvain BLONDIN - Incision médiane sous-ombilicale.

- Il n'y a pas d'adhérences pariétales, pas d'ascite, pas de granulations.
- L'iléon terminal, le caecum et le mésentère épaissi, forment une grosse masse qui adhère en bas à la vessie (il est facile de la décoller), à gauche au sigmoïde par deux adhérences serrées, sans qu'il y ait de perforation actuelle.
- Au dessus et au dessous des adhérences, la paroi sigmoïdienne est parfaitement souple, saine, sans aucune altération.
- Séparation du sigmoïde de la masse iléo-caeco-appendiculaire.
- L'anastomose latéro-latérale-iléo-colique siège à peu près à 30 cm de la valvule de Bauhin sur le grêle et sur la partie moyenne du colon ascendant : il est facile alors de faire une hémicolectomie droite en sectionnant l'iléon en tissu parfaitement sain, à 20 cm en amont de l'ancienne anastomose et de sectionner le colon ascendant à 8 cm au dessus de l'angle droit.
- Rétablissement de la continuité latéro-latérale à points séparés.
- Fermeture de l'anوس gauche.

Examen de la pièce :

- L'iléon terminal est considérablement épaissi; sa muqueuse est rouge violacé; il n'est pas perforé. Il existe des ganglions vers le mésentère et caecum une fois ouvert montre que l'appendice est amputé à sa partie moyenne, une sonde cannelée débouche dans une ancienne cavité d'abcès.

Examen histologique :

- Enormes lésions inflammatoires intéressant toutes les couches de l'iléon et du caecum, sans lésions de sclérose.
- Suites opératoires normales

Ca parfaitement bien actuellement.

B - Les iléites de contact - De diagnostic difficile lors de l'intervention, - avec les lésions de sigmoïdites, mais ici, présence de diverticules, de lésions plus sigmoïdiennes qu'iléales.

- avec les salpingites, les diverculites (MECKEL)

- avec les réactions aux corps étrangers (TALCOMME, ...)

Il faudra toujours examiner les annexes, le petit bassin, tout l'étage sous-méso-colique avant d'envisager le diagnostic de CROHN.

C - Les entéro-colites infectieuses : Colibacilles, pneumocoques (Observation D 3) des bacilles d'EBERTH, ou para A et B (WIDSON, ...)

Les examens de laboratoire, hémoculture et séro-diagnostic, tranchant dans les cas où la douleur et la diarrhée ont pu tromper. A l'intervention, aspect diffus des lésions typhiques.

- de l'antibiothérapie post-opératoire (THOMA)

Observation D 3 : Enfant F Daniel - 7 ans.

- Douleurs - Température 40°

- Angine depuis 8 jours

1ère intervention : Appendicectomie

Compte rendu opératoire : 8.2.52 (Dr. LATASTE)

Appendice long, un peu congestif - Pas de Meckel

Petits ganglions à la racine du méso.

- Suites opératoires normales.

En Avril 1952 : Douleurs abdominales - Episode péritonéal + Rhinopharyngite

Poumons normaux.

Compte rendu opératoire :

Agglutination d'anses de l'iléon terminal avec 20 cm d'intestin terminal gangrené, les lésions s'arrêtent net à 1 cm de l'angle iléo-caecal.

Liquide prélevé.

Résection de l'anse 40 cm, résection de l'angle iléo-caecal et caecum.

Suites opératoires bonnes.

Examen bactériologique du liquide : Pneumocoques (germes de surinfection ?)

Histologie : 2 coupes sur la pièce :

1°- En zone saine : Muqueuse normale, quelques éléments inflammatoires dans la musculature.

2°- Au niveau des zones de nécrose, des coupes ont montré des lésions importantes surtout sur la muqueuse qui est en majeure partie détruite. Zone importante de nécrose cellulaire, au niveau de la sous muqueuse et de la musculature.

Nombreux foyers hémorragiques avec thrombose vasculaire très importante.

Infarctus possible à ce niveau.

Ganglion à réaction inflammatoire banale.

Dg. : Péritonite pneumococcique avec infarctus intestinal ?

D) Les Entéro-colites ulcéro-nécrotiques réalisent des tableaux aigus avec parfois perforation. Dans ce groupe encore disparate, on peut faire rentrer :

- L'entéro-colite ulcéro-nécrotique allergique de RICCI

- L'entérite aiguë nécrosante des auteurs allemands, intitulée alors "Darnbrand"

Les lésions macroscopiques associent des aspects phlegmoneux, des nécroses pariétales, ayant une prédilection sur le jéjunum.

Leur fréquence en Allemagne, où elles sont considérées comme dues au bacille entéro-toxique de SCHUTZ et ZEISSLER - Histologiquement, nécrose artériolaire, cellules rondes mais sans amas lymphoïde.

Cependant, HUBERER, KONGETZNY, SCHILLING et avec eux, HOLLENDER, pensent que certains cas se rapprochent des lésions crohniennes et que celles-ci peuvent dans certaines circonstances évoluer vers la nécrose. L'observation D 4 doit en être rapprochée.

Observation D 4 : Enfant B Mireille - 2 Mois.

Date de naissance : 3.7.57

Hospitalisée le 6.9.57

- Iléite nécrosante - Pluri-perforation.

- Antécédents familiaux

Adressée d'EVREUX pour syndrome occlusif.

La soeur jumelle est morte 3 jours avant d'iléite nécrotique perforatrice ?

Dans la crèche d'Evreux, c'est le 4ème enfant à présenter le même syndrome. Les 3 autres avaient des perforations de la partie terminale du grêle et sur le colon ascendant (2 fois). L'un d'eux est mort (3 mois).

Intervention le 6.9.57 -

- Paramédiane droite

- Perforation à 1 cm de la valvule iléo-caecale de 4 mm de diamètre à l'emporte-pièce; 10 cm au-dessus existe une zone en imminence de perforation. Résection des 15 derniers cm d'iléon du caecum et la moitié du colon ascendant. La tranche colique étant oedématisée, un examen plus soigneux montre que les lésions coliques dépassent l'angle droit et ne s'arrêtent qu'au début du transverse.

Les coprocultures sont négatives,

- pour le staphylo pathologique

- pour les colibacilles.

Jusqu'au 24.9.57: Amélioration.

Le 3.10.57 : Pariétite et fistule du grêle (2ème perforation probable)

Le 10.10.57 : 2ème intervention.

- Plusieurs perforations analogues à la première

- Résection de tout l'iléon, $\frac{1}{2}$ jéjunum

- Anastomose jéjuno-transverse.

Le 16.10.57 : Décès

Pas d'histologie.

E) L'infarctus intestinal - Sa clinique avec collapsus entérorragie, son terrain si spécial, athéromateux, cardiaque et surtout l'aspect macroscopique des lésions, avec anse violacée, hémorragie du mésentère, plaque de sphacèle et de nécrose. Mais certains cas peuvent tromper, notamment dans la forme nécrasante de DETRIE



F) Les ulcérations primitives non spécifiques, tel l'ulcère simple de CABY ou l'ulcère Meckelien, peuvent être trompeuses, mais ici l'ulcération à bord net très limité, sans lésion dans le mésentère.

A l'histologie, on retrouve des hétérotopies de muqueuses gastriques qui peuvent d'ailleurs exister, comme on l'a vu dans le CROHN.

II - Dans les aspects chroniques :

A) La tuberculose iléo-caecale -

Cliniquement, les signes sont proches. L'association se voit comme l'ont montré HOON, DOCKERTY.

Quelques nuances cliniques :

- Masse caecale mobile
- Image radiologique prédominant sur le caecum.

Mais la confusion est très fréquente même à l'ouverture où pourtant les petites granulations blanchâtres tuberculeuses, piquetant la séreuse, sont un bon test.

L'histologie dans les cas de tuberculoses longtemps traitées aux antibiotiques peut être d'interprétation difficile, comme nous l'avons vu. C'est souvent l'évolution qui vient confirmer le diagnostic et notamment l'apparition d'abcès ou de fistule.

B) Les Tumeurs - Surtout cancéreuses mais aussi bénignes, voire carcinoïdes (HEP). Si les images radiologiques de sténose localisée peuvent au début indiquer une tumeur du grêle, l'exploration montrera celle-ci non inflammatoire, très dure, avec adénopathie caractéristique.

De même, les tumeurs caecales dont l'aspect clinique et radiologique peut tromper, mais la dernière anse est alors dilatable, non rétrécie. L'intervention lève aussi les doutes; de plus, ces cancers sont surtout l'apanage de sujets âgés.

C) Les Brides post-opératoires - Par les signes de sub-occlusion et par les déformations qu'elles entraînent sur la radio (coudure, sténose sur la dernière anse). L'observation D 2 en est un exemple :

Observation D 2 - Mr. A Salem - 27 ans.

- Début des troubles digestifs en 1951.

Pesanteurs gastriques atypiques

Radios d'estomac : Normales.

Antécédents :

1952 : Appendicectomie suivie de fièvre rebelle

- Coproculture négative - Pas de kyste amibien.

En 1956 :

- Devant le caractère rebelle des troubles aux thérapeutiques symptomatiques, on fait un lavement baryté; aspect flou et marécageux du caecum: colite banale.

En 1957 :

- Un 2ème lavement baryté : Normal

En Janvier 1958 :

- Douleurs vives à la fosse iliaque droite avec paroxysme accentué par le decubitus latéral droit.

- Alternative constipation-diarrhée, pas de sang, amaigrissement de 7 kg.

- Asthénie importante.

- Masse allongée verticale à limites imprécises de la fosse iliaque droite, un peu douloureuse.

On pense, chez ce Nord-Africain fatigué, à la tuberculose hypertrophique.

Les examens montrent :

- V.S. : 2 - 4

- Cuti + Image thoracique normale

- Numération Formule sanguine : 4.460.000 GR
10.400 GB

- Examen des selles : Normal - Pas de BK mais kystes à Lamblia

- Lavement baryté : Colon - caecum : Normaux

Aspect rétréci typique de la dernière anse iléale avec dilatation sus-jacente.

CROHN ?

Le 18.1.58 :

Compte rendu opératoire : Prof. FLABEAU

Dernière anse grêle et caecum absolument normaux

Rien sur le reste de l'intestin.

Les seules lésions retrouvées consistent en des adhérences péri-caecales consécutives à l'appendicectomie et en une petite bride épiploïque reliant le caecum à la dernière anse grêle.

Sort le 30.1.58 après des suites normales.

D) La carcoïdose -

Elle peut réaliser des aspects macroscopiques semblables, quoique plus granité. L'histologie est quelquefois difficile à interpréter. Aussi valeur de la clinique:

- Histoire pulmonaire, radiographie thoracique, bronchoscopie
- recherche de sarcoïdes cutanés

De plus, sarcoïdose et CROHN sont peut-être antagonistes (PHEAR). En effet, chez la population noire d'Amérique, la carcoïdose est fréquente, alors que la maladie de CROHN est rare.

E) La colite ulcéreuse -

De topographie différente, de siège muqueux mais qui dans un stade initial peut entraîner une exsudation, une hyperplasie méésentérique (TEICHMAN). D'où l'intérêt de l'étude histologique des tranches de section. On a vu l'association possible (JACKSON 11 %), voire même apparaissant après une résection de l'iléite (13 fois pour YARNIS, 10 fois chez JACKSON).

F) La maladie d'HODGKIN, dans sa forme aiguë ou chronique, en fait diagnostic d'histologie.

G) La recto-colite hémorragique, bien différente d'aspect. Valeur de la recto-sigmoïdoscopie.

H) Signalons en outre, la lymphopathie vénérienne (Réaction de FREI positive) les actinomytoses, avec abcès à grains jaunâtres, caractéristiques (REJVEN, 2 cas).

TRAITEMENT



I - Les Méthodes -

A) Traitement médical -

- Comprend de nombreuses prescriptions générales :

- Régime, riche en sucres, protides et vitamines (B-C-D-K), pauvre en résidus Hypercalorique (1000 à 2000 calories en plus).
- Extrait de foie + Fer + Vitamine B 12 à titre anti-anémique, complétés par des transfusions de sang.
- Les sédatifs : Atropine, buscopan, ...
- Les pansements intestinaux : Bismuth, charbon et poudres inertes, sulfamides anti-infectieux, antibiotiques fungiques (tyfomicine, prythromycine, etc...)

- Comprend surtout des prescriptions à visées curatives :

- Les dérivés salicylés (CHANOINE) - Aspirine et ses dérivés (Salycilazosulfa-pyridine (BERGEN) qui sont à la base du "test à l'aspirine" : disparition des douleurs, amélioration de la diarrhée très rapidement et modification de l'image radiologique. Son administration est sans danger (en dehors des phénomènes d'intolérance dus aux doses trop fortes), mais n'amène qu'une amélioration passagère.
- Les corticoïdes (FROELICH, CRISMER) sous forme de delta cortisone, amènent une régression des phénomènes conjonctifs, d'où amélioration importante de l'état général (prise de poids), mais peu efficaces sur l'évolution générale de l'affection, entraînent des accidents : hémorragies, perforation, apparition d'ulcère (tel était le cas de l'Observation n°12). Ils voient donc actuellement leur emploi se restreindre.

- Les anti-allergiques : Anti-histaminiques divers

Régime d'exclusion (suppression du lait, etc...)

sont très peu efficaces.

- La psycho-thérapie qui lutte contre le rôle favorisant des stress psychiques associée aux tranquillisants. Elle donne de moins bons résultats que dans la colite ulcéreuse ou d'autres affections digestives.

B) La radiothérapie (KULMAN 1941)

Appliquée à titre anti-inflammatoire (Mayo Clinic), par séance 600 r sur les 4 champs abdominaux, sous 250 kW, à 50 cm de distance, avec filtre de cuivre (1 mm). Le nombre de séances s'étale sur 3 à 6 mois, sans dépasser 50 environ. Amélioration dans 30 % des cas.

C) Traitement chirurgical -

Deux grandes méthodes et souvent de nombreux gestes complémentaires.

1°- L'exclusion -

Elle consiste à abandonner le segment atteint, le laissant au repos, après dérivation interne (CROHN, BARGEN, EDELMAN, FROBESE).

- Soit, simple dérivation iléo-transverse, latéro-latérale, qui dérive mal, donc pratiquement abandonnée,
- Soit, surtout, l'iléo-transversostomie termino-latérale.

Si le segment iléal laissé en place est fermé, on parle d'exclusion fermée, la plus souvent employée.

Si au contraire, l'extrémité libre du segment de grêle exclu est abouchée à la peau, pour assurer une vidange des sécrétions d'un segment sténosé, on parle d'exclusion ouverte (GARLOCK) rarement employée.

Les avantages en sont :

- le peu de mortalité, 2 % (CRISMER)
- l'absence de diarrhée résiduelle

Les inconvénients :

- Possibilité évolutive du segment laissé en place, donc abcès, et de fistule
- Distension du moignon intestinal qui devient douloureux.

2°- La Résection -

Passant au large des lésions, elle consiste :

- soit dans une résection intestinale étendue, emportant le mésentère correspondant passant à 60 cm de chaque côté,
- soit combinant résection de l'iléon terminal et héli-colectomie droite, passant au niveau de la partie droite du colon transverse, emportant le mésentère terminal et le méso-colon droit. Le décollement retro-péritonéal est toujours possible (DECAUVEINE).

L'anastomose est de type variable :

- Latéro-latérale, rare
- Termino-latérale, très employée
- Termino-terminale.

Son avantage :

- Opération radicale et logique si on s'en réfère aux données anatomo-pathologiques puisqu'elle enlève le segment intestinal atteint, et le territoire lymphatique correspondant (COLCOCK, LOYUDICE).

Ses inconvénients :

- Mortalité post-opératoire très importante, d'après CROHN; en fait depuis 1945, à la Mayo Clinic, 102 résections ont été effectuées sans mortalité. Réduite actuellement à :

2,2 % pour les résections

6 % pour les exclusions (VAN PATTER 1960)

- Diarrhée résiduelle importante : Pour CRISMER, la résection avec héli-colectomie entraîne 40 % de diarrhée sévère. C'est pourquoi il préfère la résection simple avec iléo-colostomie droite. Celle-ci n'entraînerait que 15 % de diarrhée mais elle n'obéit plus aux règles d'exérèse précitées.
- Ses récidives qui doivent conduire à de nouvelles résections toujours graves. On en a vu à l'évolution les diverses interprétations. Elles nous semblent moins importantes depuis l'application plus stricte des règles d'exérèse.

3°- Par ailleurs, certains gestes se discutent :

a) L'abstention :

- soit pour lésions trop étendues ou état général incompatible avec un acte opératoire (Observation n°12)
- soit de principe, si le diagnostic est assuré

b) L'infiltration novocaïnique à 1 %, 20 cc. (Méthode de FORGET), faite au niveau du mésentère, de pathologie mal élucidée, mais parfois efficace immédiatement, avec affaissement de l'anse qui laisse passer alors le péristaltisme (LOYGUE).

c) L'appendicectomie :

Elle est souvent effectuée dans les stades sub-aigus ou de diagnostic pré-opératoires difficiles à établir.

Le risque de fistule post-opératoire pousse à la proscrire mais la discussion reste ouverte (DETRIE, 5 appendicectomies, pas de fistule).

d) L'iléostomie :

Dérivation temporaire utilisée très rarement. Grave, 22 % de mortalité.

e) L'extériorisation :

Procédé de sauvegarde sur malades en très mauvais état général.

f) La gastro-entérostomie :

g) Drainage d'abcès, etc ...

II - Les Indications -

A) Dans les formes subaiguës ou transitionnelles :

Le diagnostic étant rarement assuré, il convient d'effectuer l'appendicectomie, la biopsie ganglionnaire et la biopsie iléale. Les conséquences de ces gestes à ce stade sont mineures.

B) Dans les formes aiguës :

1) Si le diagnostic est assuré (radio, etc...) ce qui est rare, l'abstention de principe avec traitement médical, notamment cortico-thérapie, est conseillée (CRISMER). L'évolution de ces cas peu nombreux est encore mal précisée.

2) Le plus souvent, le diagnostic est opératoire :

- L'accord est fait sur l'infiltration novocaïnique de FORGET; son efficacité est bien difficile à préciser (dans notre observation n°12, sa pratique n'a pas empêché l'évolution).

- L'appendicectomie est généralement pratiquée (VAN PATTER note deux fois moins de fistules qu'après simple exploration). D'après nos observations, elle ne semble pas avoir d'incidence.

- L'abstention pure et simple pronée par PETTINARI et CROHN s'impose devant des lésions aiguës non perforées et sans nécrose (Observation n°2, suivie alors de récurrence).

- Les soins post-opératoires comprendront l'aspiration duodénale et la rééquilibration hydro-électrolytique, la mise au traitement médical.

3) Selon la forme :

- Occlusion aiguë :

- soit simple libération de la bride, parfois dérivation externe (anus) ou interne (iléo-transversostomie)

- plus rarement résection (Observation n°4)

- Perforation :

- l'état de l'anse a permis à certains l'iléostomie in situ (MILDWIDSKY) voire l'extériorisation d'une anse multi-perforée (DEPOULIS)

- la tendance actuelle est la résection à chaud (DETRIE : 7 résections, 1 seul décès)

C) Dans les formes chroniques -

1) Après une première phase de traitement médical dont le succès se chiffre entre 10 et 30 %, la chirurgie devient nécessaire :

- soit devant l'apparition de complications :

- fistules (Observation n°7)
- sténose (Observation n°4)
- occlusion (Observation n°9)

- soit devant l'insuffisance du traitement médical : la fréquence des poussées, l'état de dénutrition conditionné par deux facteurs essentiels, la diarrhée, la surinfection locale avec ses abcès, tout phénomène qui entraîne le malade vers la cachexie.

S'il est bien établi que l'intervention donne de meilleurs résultats en dehors d'une poussée évolutive, c'est-à-dire en phase de sclérose, en revanche, le nombre de ces poussées, le nombre de mois ou d'années à attendre, sont particulièrement controversés. Une trop longue attente semble néfaste (Observation n°12). Par contre, les stades pré-fistuleux (Observations n°1 et n°6), la persistance de la masse caecale (5 ans dans l'observation n°3), doivent inciter à l'intervention.

Un traitement pré-opératoire avec bonne préparation (aspiration, désinfection du milieu intestinal) est nécessaire.

2) La méthode à choisir :

- Les dérivations : De principe, ne sont plus guère effectuées que par CROHN et ses élèves.

De nécessité, pour dériver au dessus d'une fistule, d'un abcès ou devant des lésions iléo-jéjunites diffuses, avec atteinte de tout le mésentère (Observation n°3, suivie d'ailleurs de récurrences).

- La résection :

C'est l'opération la plus couramment effectuée (CATELL, COLCOCK). Elle nécessite une bonne réanimation per et post-opératoires. Ce fut le cas de nos observations :

. 7 hémicolectomies droites (Observations n°2,3,5,6,7,9,10)

sans mortalité, sans récurrence.

. 3 résections du grêle (Observations n°1,4,8), sans mortalité mais avec une récurrence.

3) Cas particuliers :

- La localisation duodénale demande la gastro-entérostomie. La vagotomie fut même pratiquée une fois par BERK.
- La fistule iléo-sigmoïdienne. L'état général de ce suppurant chronique et la masse inflammatoire pseudo-tumorale qui obstrue le petit bassin, obligent à la succession des temps (ROUX, HEPP, SOUPAULT, DELANNOY) :

1er temps de double dérivation consistant en une dérivation avec exclusion de l'iléite par iléo-transversostomie et surtout colostomie sus-fistulaire;

2ème temps, dès que l'état général le permet, résection secondaire;

3ème temps, suppression de l'anus.

- La fistule iléo-vésicale :

- . L'iléo-transversostomie est abandonnée
- . L'attaque directe isole vessie et intestin. La vessie est facile à fermer au dôme, impossible au trigone.

Vis-à-vis de l'intestin, résection (CHAMPEAU), mais complexité des gestes et des divers temps pariétaux.

C O N C L U S I O N

Si l'accent fut si longtemps mis sur les aspects chroniques de la maladie de CROHN, c'est dans l'ignorance d'aspects aigus et subaigus. Les auteurs actuels s'intéressent plus à ces formes car elles détiennent probablement la clef de l'étiologie de cette affection.

Etudiant l'adénolymphite mésentérique, il nous est venu l'idée de rechercher les liens existant entre cette atteinte lymphatique et celle des aspects aigus ou subaigus du CROHN. Si nos recherches dans le domaine des adéno-virus n'ont pu être concluantes, nous n'en demeurons pas moins persuadés de l'existence probable de formes de passage entre les deux maladies. La clinique de trois de nos observations et leur histologie sont en faveur de cette notion.

C'est pourquoi nous les avons classées dans les formes transitionnelles. C'est-à-dire que, rejoignant les conceptions lymphatiques de l'atteinte primitive, nous sommes persuadés de l'importance de la biopsie ganglionnaire, au cours des aspects aigus ou subaigus, ainsi que de l'étude virologique qui mérite d'être poursuivie.

Si la clinique, les complications et le diagnostic différentiel ont surtout bénéficié d'apports étrangers, les observations françaises nous ont fourni l'essentiel de problèmes assez particuliers, tels les fistules iléo-sigmoïdiennes ou iléo-vésicales.

Nous notons également l'opposition évolutive des formes de l'adulte et celle de l'enfant.

Nos observations, enfin, insistent sur le traitement chirurgical. S'il nous semble légitime d'attendre les poussées évolutives avant d'envisager un acte chirurgical, il nous paraît néanmoins opportun de le décider assez tôt, avant que la

corticothérapie ait provoqué des complications, que l'état général soit trop sévèrement perturbé.

Cet acte à notre sens sera le plus souvent une résection, s'inspirant des règles de GARLOCK et CROHN, emportant le mésentère correspondant.

Si elle ne met pas à l'abri de récidives, celles-ci par contre, dans nos observations (et d'ailleurs en FRANCE, semble-t-il), sont faibles, ce qui contraste avec les proportions élevées des auteurs américains.

ABOULKER - Adénolymphite mésentérique
Thèse - Paris 1936.

ACHESON E.D.- La mortalité attribuée à l'entérite régionale
J.Chronic Dis., Déc.1959, 10, n°6, 481-487, 5 tabl., 1 fig. (Bibliogr.)

ALZUGARAY A.E., BORRE H.A. et RADICI J.V.- Diverticulose unique de l'iléon
Présentation d'un cas associé à la maladie de Crohn
Prensa méd.argent, 6 Févr.1959, 46, n°6, 342-348, 11 fig. (Bibliogr.)

AMMANN R. et COTTIER H.- Les modifications histologiques primaires de l'entérite régionale.- Bibl.gastroenterol.(Suppl.Gastroenterologia), 1960, n°2, 69-79 (Bibliogr.) (Résumé français).

ANDERSON D.O., MULLINGER M.A. et BOGOGH A.- Iléite régionale intéressant le duodé avec doigts hippocratiques et stéatorrhée.- Gastroenterology, Mai 1957, 32, n°5, 917-926 (Bibliogr.)

ANFANGER H.- L'iléite régionale chez l'enfant.- J.Mount Sinai Hosp., Sept.-Oct.1952, n°3, 187-191 (Bibliogr.)

ANTOGNETTI L.- L'entérite segmentaire, en particulier l'iléite terminale de Crohn
Policlinic (sez.prat.) 2 Nov.1953, 60, n°44, 1531-1536.

ANTONIUS J.I., GUMP F.E., LATTES R. et LEPORE M.- Etude de certaines caractéristiques microscopiques dans l'entérite régionale; signification pronostique possible.- Gastroenterology, Juin 1960, 38, n°6, 889-905, 13 fig. (Bibliogr.)

ARNULF G. et BUFFARD P.- L'iléite lymphoïde terminale.- Presse méd.28 Janv.1953, 61, n°6, 107-109, 5 fig.

ARVAY Cl.- Iléite nécrotique post-opératoire (A propos du syndrome cholérique post opératoire). Bulletin et mémoire de la Société des Chirurgiens t.47, n°4 Mars-Avril 1957.

AUSTIN W.E.- Iléite régionale aiguë. "Canad.Med.Assoc.J." (Toronto) - 74, n°4, 15 Février 1955.

BAILLOU J.- A propos de 7 observations d'iléite terminale aiguë primitive.-
Thèse Paris, Oct. 1955, n°924, 49 pages.

BANZET P. et BUSSON A.- Un cas d'iléite terminale. Lésion primitive de l'iléite de Crohn. Arch.Mal.App.Digest.- 1945, 34, 81-88

BARBIER H.- L'iléite terminale aiguë. Zbl.Chir., 4 Juill.1959, 84, n°27, 1060-106 (Bibliogr.)

BARGEN J.A.- Les perspectives à long terme de l'iléite régionale. Gastroenterology Juill.1954, 27, n°1, 127-128.

BARGEN J.A.- L'entérite régionale. Evaluation des moyens thérapeutiques actuels. Ann.Internat.Med., Nov. 1957, 47, n°5, 875-879.

BARGEN J.A.- Qu'est-ce que la colite régionale ? - Am.J.Dig.Dis., Déc.1957, 2, n°12, 677-679

BARGEN J.A.- Le traitement non chirurgical de l'entérite régionale.-
J.A.M.A., 21 Décembre 1957, 165, n°16, 2045-2047.

BARON H.W.A.- Maladie de Crohn du rectum.- Proc.Roy.Soc.Med., Avr.1958, 51, n°4, 247-148.

BARRY P, GAYET R., CORTET P. et CABANNES F.- Les fistules vésicales de la maladie de Crohn. A propos d'une observation.- Arch.Mal.App.Dig. Juill.Août 1959, 48, n°7-8, 852-860 (Bibliogr.)

BERK M.- Entérite régionale intéressant le duodénum.- Gastroenterology, Mars 1956, 30, n°3, 508-516 (Bibliogr.)

BERSACK S.R., HOWE J.S. et REHAK E.M.- Un cas rare avec évidence radiologique d'entérite régionale de longue durée et évidence histologique d'adénocarcinome diffus.- Gastroenterology, Avr.1958, 34, n°4, 703-710, 8 fig. (Bibliogr.)

BERT J.M., FASSIO E., DAVOUZE R. et SOUYRIS.- A propos de la maladie de Crohn. Arch.Mal.App.Dig., Avr.1958, 47, n°4, 331-334.

BERTRAND J.- L'entérite régionale.- Concours Méd.30 Juill.1955, 77, n°31 2991-1995.

BEST C.N.- La dégénérescence combinée subaiguë de la moëlle épinière après résection étendue de l'iléon dans la maladie de Crohn.- Brit.Med.J., 31 Oct.1959, n°5156, 862-864.

BOCKUS H.L.- "Gastroenterology" - Vol.2, P.180, Edit."Sounders", Philadelphie 1949

BODART P, DIVE CH., de GROOTE J., VANTRAPPEN G. et VANDENBROUCKE J.-
Le diagnostic radiologique de l'iléite de Crohn.- Arch.Mal.App.Dig.
Déc.1959, 48, n°12, 1672-1683, 14 fig.

BODART P., VAN TRAPPEN G., MEURIS M., DIVE C. et CORNELIS J.-
Le diagnostic radiologique de l'iléite régionale - Acta gastroenterol.Bel.
Janv. 1960, 23, n°1, 47-58, 8 fig., 1 schéma.

BORER F.- Maladie de Crohn - Rec.Méd.Suisse rom., Janv.1960, 80, n°1, 60-61

BORER F.- Colite segmentaire du nouveau-né - Une forme particulière de la maladie de Crohn. Helvet Paed.Acta, Avr.1960, 15, n°1, 27-70, 13 fig. (import. Bibliogr.) (Texte français).

BOURBA W.E.- Iléite régionale - Khirourgua (Moscou), 1957, n°11, 119

BOURDON R. et FENOLL P.- Radiologie de l'entérite régionale.- Gaz.Méd.France, 25 Mars 1959, 66, n°6, 465-480, 15 fig. (Bibliogr.)

BRECHEE G. et DAUMERIE-RYCKAERT - Entérite régionale hypertrophiante
"Acta gastro-entero.Belg." 12, 158-1949.

BREMEN A. et FLAMAND Ch.- Les tumeurs inflammatoires de l'intestin grêle et du colon.- "Acta Medica Belgica" - Bruxelles 1958.

- BRILLARD A. et LEGRAND R.- A propos d'une forme tumorale de jéjunite segmentaire, (Maladie de Crohn) - Mém.Acad.Chir., 22-29, Juin-Juill.1955, 81 n°22-23-24, 665-666.
- BROMBART M.- Maladie de Crohn - Conclusions radiologiques - "Acta gastro-entero. belg." - Janv.1960, 23, n°1, 98-99, 1 fig.
- BROWN C.H. et DAFFNER J.E.- Entérite régionale II) Résultats du traitement médical et chirurgical chez 100 malades. Ann.of Int.Med., Sept.1958, 49, n°3, 595-606, 7 tabl., 1 fig. (Bibliogr.)
- BUCHANAN D.P., HUEBNER G.D., WOOLVIN S.C., NORTH R.L. et NOVACK T.D.- Cancer de l'iléon dans une région atteinte d'entérite régionale. Am.J.Surg., Mars 1959, 97, n°3, 336-339, 5 fig. (Bibliogr.)
- BUCHBERGER R.- Entérite régionale et maladie de Crohn - Bruns'Beitr.Klin.Chir.1959 199, n°2, 220-236 (Bibliogr.) (Résumé franç.)
- BUCKSTEIN - The digestive tract in Gastroenterology - Vol.2, P.642, Lippincott, 1953
- BURKE J.- Le traitement de la stéatorrhée dans la maladie de Crohn. Brit.Med.J. 31 Janv. 1953, n°4804, 239-242 (Bibliogr.)
- BURKITT R.T.- Un cas rare de maladie de Crohn.- Cause de fistule anale. Brit.J.Surg. Sept.1952, 40, n°160, 184-186, 5 fig. (Bibliogr.)
- BUSSCHER G. (de) - L'iléite lymphoïde terminale dite primitive. "Acta gastroenterol. Belg." Sept.-Oct. 1958, 21, n°9-10, 613-642, 24 fig. (Bibliogr.)
- BUSSON A., PILOIS et BELCOURT - Entérite terminale folliculaire et segmentaire (Maladie de Crohn) traitée par infiltration régionale de novocaïne (Technique de Forget) - Arch.Mal.App.Dig., Nov.1954, 43, n°11, 1095-1100.
- BUSSON A.- Observation démonstrative de la réversibilité des lésions de la maladie de Crohn au stade de l'entérite subaiguë avec adénopathie mésentérique. Arch.Mal.App.Dig., Déc.1958, 47, n°12, 1336-1347, 5 fig.
- BUSSON A. - A propos de deux observations anatomocliniques de la maladie de Crohn. "Acta gastro-enterol.belg." Janv.1960, 23, n°1, 91-94.
- BUSSON A. et BARD M.- Adénite mésentérique aiguë et maladie de Crohn Arch.Mal.App.dig., Mars 1960, 49, n°3, 236-244, 8 fig.
- CABANIE H.- Les oedèmes aigus segmentaires de l'intestin grêle. (Une forme clinique particulière des apoplexies séreuses). Semaine des Hôp. 14 Août 1950 2900-2902.
- CARLISME J.C. et JUDD E.S.- Entérite régionale intéressant le duodénum : Relation d'un cas - Proc.Staff Meet Mayo Clin., Déc. 1952, 27, n°27, 569-574
- CASTIAU J.- L'entérite régionale - Bull.Soc.Clin.Hôp.Civ. Charleroi Janv.1955, 6, n°1, 19-25

- CHANOINE F. et JADOT R.- Considérations thérapeutiques sur 44 cas d'entérite régionale. "Acta gastro-enterol.belg." Janv.1960, 23, n°1, 14-28, 2 tabl., 4 fig. (Bibliogr.)
- CHANOINE F.- A propos de quelques cas de maladie de Crohn. Note préliminaire : Résultats du traitement par les dérivés salicylés. "Acta gastro-enterol. belg." Mars 1958, 21, n°3, 163-177, 11 fig.
- CEFALY F. et FIERRO D.- Considérations clinico-radiologiques sur l'entérite segmentaire. Minerva gastro-enterol., Oct.-Déc.1958, 4, n°4, 190-191.
- CHAPIN L.E., SCUDAMORE H.H., BAGGENSTOSS A.H. et BARGEN J.A.-
L'entérite régionale et les troubles viscéraux relatifs - Gastroenterology Mars 1956, 30, 404-415 (Bibliogr.)
- CHERIGIE E., HILLEMAND P., PROUX Ch. et BOURDON R.- L'intestin grêle normal et pathologique. Etude clinique et radiologique. Un Vol. Edit."Expans.Scient. franç." Paris 1957.
- CHERIGIE E. et PROUX C.- Forme pseudo tumorale de la maladie de Crohn. Arch.Mal.App.Dig., Mars 1959, 48, n°3, 207-212, 3 fig.
- CHERIGIE, TAVERNIER, DUPAS et RAYNAL (Mme) - Les iléites aiguës et subaiguës - Arch.Mal.App.dig., Mai 1955, 44, n°5, 584-597, 12 fig.
- CHERIGIE, TAVERNIER, DUPAS et RAYNAL (Mme) - Les iléites terminales aiguës et subaiguës - Sem.Hôp.Paris, 6 Juillet 1955, 31, n°41, 2417-2427, 24 fig.
- CHERIGIE, TAVERNIER, DUPAS et RAYNAL (Mme.) - A propos des iléites aiguës ou subaiguës - J. Radiol.Electrol., 1955, 36, n°9-10, 796-798.
- CHERIGIE, VERSPICK R, TAVERNIER et RAYNAL (Mme) - Considérations cliniques et radiologiques sur la maladie de Crohn. J.Radiol.Electrol., 1954, 35, n°9-10, 804-805.
- CHESS S., OLANDER G., PIESTON Ch.B., BENNER W. et CHESS N.- Entérite segmentaire "Surg.Gyn.Obst.", 91 (3), 343-350, Sept.1950.
- CHOME J.- Contribution à l'étude des stades de début de l'appendicite chez l'enfant. Arch.An.Path.Semaine des Hôp., Sept. 1959, Vol.7, n°3
- COLCOCK B.P. et VANSANT J.H. - Traitement chirurgical de l'entérite régionale New England J.Med., 3 Mars 1960, 262, n°9, 435-439, 8 Tabl. (Bibliogr.)
- COLLINS E.N.- Diagnostic et évaluation clinique de l'entérite régionale J.A.M.A., 21 Déc.1957, 165, n°16, 2042-2044 (Bibliogr.)
- CONNELLY M.E. et MAYO C.W. - Récidive tardive d'une entérite régionale. Relation d'un cas - Proc.Staff Meet Mayo Clinic, 23 Févr.1955, 30 n°4, 68-71.
- COOKE W.T. et Coll.- Signification clinique des mucoïdes sériques dans l'iléite régionale et la colite ulcéreuse. Gastroenterology, Mai 1958, 34, n°5 910-919 (Bibliogr.)

- COOLING C.I.- Maladie de Crohn et colite - Proc.Roy.Soc.Med., Avr.1958, 51, n°4 247.
- CORNELL A.- Manifestations extra-intestinales d'iléite régionale : Quelques comparaisons avec la colite ulcéreuse - J. Mount Sinai Hosp. Sept.-Oct.55 22, n°3, 170-174 (Bibliogr.)
- CRISMER R. et DREZE C.- Le traitement de la maladie de Crohn par la delacortisone "Acta gastro-enterol.belg." Avr.1959, 22, n°4, 229-243 (Bibliogr.)
- CRISMER R. et DREZE C.- Les suites du traitement chirurgical de la maladie de Crohn "Acta gastro-enterol.belg." Janv.1960, 23, n°1, 69-79, 4 tabl.(Bibliogr.)
- CROHN B.B.- L'iléite régionale - Med. Clin.North Amer., Mars 1956, 513-518.
- CROHN B.B.- Indications de l'intervention chirurgicale dans l'iléite régionale. Arch.Surg., Mars 1957, 74, n°3, 305-311 (Bibliogr.)
- CROHN B.B.- La durée de la vie dans l'iléite régionale - Gastro-enterology, Fév.1958, 34, n°2, 300-305.
- CROHN B.B.- Histoire naturelle de l'iléite régionale - Gastroenterology, 1958 89, n°5-6, 352-358 (Bibliogr.)
- CROHN B., GINSBURG L. et OPPENHEIMER G.D.- L'iléite régionale : Entité clinico-pathologique - Am.j.Med., Nov.1952, 13, n°5, 583-590 (Bibliogr.)
- CROHN B., YARNIS H. et KORELITZ B.I.- L'iléite régionale compliquant la grossesse Gastroenterology, Déc.1956, 31, n°6, 615-628, 5 Tabl. (Bibliogr.)
- CROHN B.B., BARGEN J.A., BROOKE B.N., CATTELL R.B., KIRSNER J.B. et TEMPLETON F.E. L'entérite régionale - Discussion - Gastroenterology, Mars 1959, 36, n°3 398-408.
- DAFFNER J.E. et BROWN C.H.- Entérite régionale I) Aspects cliniques et diagnostiques chez 100 malades - Ann.of Int.Med., Sept.1958, 49, n°3, 580-594, 4 fig. (Bibliogr.)
- DAILEY U.G. - L'iléite régionale - J.Internat.Coll.Surgeons, Mars 1958, 29, n°3, 308-315 (Résumé franç.)
- DALSACE J., MOYSE P. et TOURNEUR R.- Maladie de Crohn iléo-caeco-appendiculaire Arch.Mal.App.dig., Janv.-Févr.1956, 45, n°1-2, 82-91 (Bibliogr.)
- DARMAILLACQ R., DUBARRY J. et NEBOIT-MONDET J. (Mme) - Sur un cas d'iléite terminale sténosante paraissant en relation avec une appendicite aiguë- J.Méd.Bordeaux Oct.1959, 136, n°10, 1172.
- DEBRAY Ch., RUBENS-DUVAL A., PERGOLA F. et AUVILLAIN A.- La bauhinite oedémateuse Arch.Mal.App.dig. 1953, 163-173.
- DECAUVEINE J.- A propos du traitement de la maladie de Crohn - Ann.Chir.(Suppl. Sem.Hôp.Paris), Mai 1959, 13, n°9-10, 529-532.

- DECOURT Ph.- Etudes et documents, Vol.I - Phénomènes de Reilly - Editions internationales, Hesperis - Tanger 1951.
- DELACROIX R. et MEIGNIE P.- Iléite de Crohn récidivante - Arch.Mal.App.dig. Avr.1956, 45, n°4, 389-392.
- DELANNOY E. PARIS J. et GAUTHIER P.- Maladie de Crohn fistulisée dans le vagin. Echec de l'exclusion. Résection. Mort par septicémie d'origine péritonéale Arch.Mal.App.dig., Janv.-Févr.1956, 45, n°1-2, 130-133.
- DELARUE J., HILLEMAND P. et URBAIN - Les ectopies de muqueuse gastrique au niveau de l'intestin grêle au cours des ulcères du grêle et de la maladie de Crohn - B.M.Soc.Méd.Hôp.Paris, 1959, 75, n°12-13, 424-429 (Bibliogr.)
- DELARUE J., HILLEMAND P., CHERIGIE E., URBAIN G. et ROUX P.- Les ectopies de muqueuse gastrique au niveau de l'intestin grêle au cours des ulcères du grêle et de la maladie de Crohn.- Sem.Hôp.Paris, 18 Janvier 1960, 36, n°3/1, 155/SP. 23-161/SP.29, 7 fig. (Bibliogr.)
- DELARUE - Maladie de Crohn (Vascularisation artérielle dans) Annales anat.path. T.2, n°2, Avr.-Juin 1957
- DELOYERS L. et LE CLUYSE R.- Quadruple localisation jéjunale de la maladie de Crohn chez un vieillard.- Acta gastro-enterol.belg.- Avr.1959, 22, n°4, 244-248.
- DELOYERS L. et BREMER A.- Résultats éloignés du traitement de l'entérite régionale chronique sténosante (type Crohn) et ses complications par résection étendue.- Acta gastro-enterol.belg., Janv.1960, 23, n°1, 80-90.
- DEPAULIS, MASSECI et SENTENAC - Un diagnostic difficile : Iléite terminale nécrosante - Bordeaux Chir., Oct.1953, n°4, 205-208.
- DE RESENDE ALVES J., DE ALMEIDA N. Jr. et DA SILVA A.L.- Maladie de Crohn. Hospital, Juin 1960, 57, n°6, 967-978 (Bibliogr.) (Résumé franç.)
- DESAI M.G. - Aspects radiologiques variables de l'iléon terminal dans la maladie de Crohn - J.Fac.of Radiol., Avr.1958, 9, n°2, 99-105, 9 fig. (Bibliogr.)
- DESARE E. (de) et RICCI G.- Contribution à l'étude de l'entérite segmentaire. L'iléotyphlite régionale - Arch.Ital.Chir., 1954, 78, n°1, 71-88, 8 fig. (Bibliogr.)
- DE SCOVILLE A.- Contribution à la pathologie chirurgicale de l'intestin grêle. Iléites et granulomes spécifiques.- "Acta Chir.Belg." 48, 421, 1949.
- DETRIE P.- Les formes aiguës de l'entérite régionale (Diagnostic et traitement) J.Chir., Févr.1958, 75, n°2, 156-174, 5 fig.(Bibliogr.)
- DIAMOND M.T.- Iléite régionale associée à un volvulus de l'iléon terminal. Gastroenterology, Janv.1958, 34, n°1, 126-129 (Bibliogr.)
- DIRANI M.- Sur l'iléite régionale - Rev.Méd.Moyen-Orient, Nov.-Déc.1957, 14, n°6 534-537

- DONOVAN E.J.- Diagnostic et traitement de l'entérite régionale - Rocky Mount Med.J., Fév.1960, 57, n°2, 49-53.
- DUBARRY J.J., DARMAILLACQ R. et NEBOIT-MOMBET J. (Mme) - Iléite terminale à forme sténosante consécutive à une appendicite aiguë méconnue. Arch.Mal.App.dig., Avr.1960, 49, n°4, 463-467, 1 fig.
- DUMONT R. et NIEDERKORN A.- Quelques considérations sur le traitement chirurgical de l'iléite de Crohn.- "Acta gastroenterologybelg.", Janv.1960, 23, n°1 95-97.
- DYSON W.L., HODES P.J. et RHOADS J.E.- Résultats éloignés du traitement chirurgical de l'entérite régionale - Pennsylvania Med.j. Mai 1954, 57, 433, in Intern. Surg.Dig., Sept.1954, 58, n°3, 152-155.
- EDRILL D.- Fistules iléo-vésicales dues à une maladie de Crohn. Brit.J.Urol., Juin 1956, 28, n°2, 155-159, 9 fig. (Bibliogr.)
- EDWARDS H.C. - Modern Trends in Gastroenterology - 2ème Edit. "Butterworth Med.Pub." 1958.
- EFFRON B.G.- Manifestations gastro-intestinales dans l'allergie - Med.A.Surg.Journ. New-Orleans - Janv.1931.
- EKMAN C.N. - Entérite régionale associée à un diverticule de Meckel. Relation de 5 cas. Gastroenterology, Janv. 1958, 34, n°1, 130-134.(Bibliogr.)
- ENSRUD E.R. et SAUER W.G.- L'entérite régionale : Etude de 38 malades traités médicalement - Proc.Staff Meet.Mayo Clinic, 7 Août 1957, 32, n°16, 395-402 (Bibliogr.)
- ENSRUD E.R. et OWEN C.A. jr. DEARING W.H. et WAUGH J.M.- Emploi de chrome radioactif dans un cas d'entérite régionale récidivante non dépistée cliniquement, avec hémorragie occulte.- Gastroenterology, Nov.1957, 33, n°5, 837-841 (Bibliogr.)
- ERGUDER R. et AYRAL N.- Un cas d'entérite régionale - Bull.Soc.Trup.Med.- Déc.1953, 97, n°1, 65-74, 6 fig. (Bibliogr.)
- EUDEL F. et VIGUIER - Les formes caecales de la maladie de Crohn. Presse Méd., 25 Déc.1955, 63, n°86, 1846-1848, 12 fig.
- EUSTERMANN - Sensibilisation alimentaire à type de douleurs abdominales. Steff Meet.of the Mayo Clinic, 23 Avril 1930
- FASSIO E.- L'iléopathie allergique et ses incidences chirurgicales. Presse médicale 27 Février 1960, n°11, P.395
- FAUVERT R.- Un cas d'iléite terminale avec propagation au colon droit. Arch.Mal. App.dig.1945, 34, 88-96.
- FERGUSON L.K.- Le point de vue chirurgical dans l'entérite régionale. J.A.M.A. 21 Déc.1957, 165, n°16, 1048-1052 (Bibliogr.)

- FICARRA B.J.- Association histo-pathologique d'iléite régionale et d'hyperplasie des follicules géants.- Am.J.Gastroenterol., Nov.1956, 26, n°5, 590-595 (Bibliogr.)
- FIEBER S.S.- Malrotation de l'intestin avec iléite régionale - Am.J.Surg., Sept.1954, 88, n°3, 510-511, 5 fig. (Bibliogr.)
- FLAMAND Ch.- Stade initial de la lésion intestinale dite "Infarctus par choc d'intolérance" - Soc.Belge de chirurgie, scéance du 26 Février 1938.
- FLORENT R. et GOUYGOU C.- L'association Maladie de Crohn - colite ulcéreuse. A propos d'une observation - Arc.Mal.App.dig., Avr.1959, 48, n°4, 323-334, 9 fig.
- FLORI D.- L'iléite terminale - "La Science Med.pratique".- Mars 1950, P.55.
- FORGET R.- Iléite régionale. Heureux effets d'une injection de novocaïne intra-pariétale. Arch.Mal.App.dig., 1945, 34, 96-100.
- FRANCO R., ESCALADA J.G., MARTINEZ A.G. et DREST E.A. - Maladie de Crohn. Rec.Clin.espan., 31 Oct.1953, 51, n°2, 71-81, 8 fig.
- FREYSZ H., HAZMERLI A. et KARTAGENER M.- Iléite régionale chez des jumeaux de sexe féminin - Gastroenterology, 1958, 89, n°2, 75-82 (Bibliogr.) (Résumé français).
- FRIMANN-DAHL J.- Le diagnostic des inflammations du jéjunum.- Langenbecks Arch. Klin.Chir. (71ème Congrès), 1954, 279, 698-700.
- GADJIEV A.S. - Un cas d'iléite régionale (Maladie de Crohn) - Khirurgia (Moscou) 1959, n°4, 115-116 (Bibliogr.)
- GAGNON G. et BERTHO E.- Entérite régionale ou maladie de Crohn. (A propos de 3 cas) Laval méd., Févr.1954, 19, n°2, 149-165 (Bibliogr.)
- GAGNON G.- Entérite régionale - Laval méd., Déc.1957, 24, n°3, 365-397 (A suivre)
- GAGNON G.- Entérite régionale - Laval méd., Janv.1958, 25, n°1, 74-99 (Bibliogr.)
- GANEM et JAVELAUD - Deux cas de sclérose cicatricielle de l'intestin consécutive à un étranglement herniaire. Mém.Acad.Chir., 6 Juin 1956, 82, n°18-19 576-577.
- GAYET R. et BARRY P.- Les fistules vésicales de l'iléite terminale. J.Urologie, Juin 1959, 65, n°6, 424-430 (Bibliogr.)
- GINZBURG L.- Le traitement chirurgical de l'entérite régionale. J.Mount Sinai Hosp. Sept.-Oct.1955, 22, n°3, 215-222.
- GOURDEAU Y.- Les fistules vésico-iléales secondaires à la maladie de Crohn. Laval Méd., Mars 1958, 25, n°3, 346-347 (Bibliogr.)
- GRACE W.J.- Stress vital et entérite régionale - Gastroenterology, Avr.1953 23, n°4, 542-553 (Bibliogr.)

GREGOIRE ET COUVELAIRE - Apoplexies viscérales. Edit. Masson 1937.

GROOTE J. (de), VANDENBROUCKE J., VAN KERKHOVE E. et LIEFOOGHE G.-
Considérations sur le traitement de l'entérite régionale -
"Acta gastro-enterol.belg., Janv.1960, 23, n°1, 59-68, 3 fig. 4 tabl.
(Bibliogr.)

GROSS Fr.- Complications urinaires dans l'iléite régionale - Med.Klin. 14 Août 1959
n°44, 1453-1456, 3 fig. (Bibliogr.)

GUILLARD J.- A propos d'un cas d'iléite terminale ou maladie de Crohn.
Rev.Méd.Normande, Févr.1959, n°2, 1, 108-118.

GUILLET - Réactions ganglionnaires secondaires à une iléite terminale aiguë
atténuée. Pédiatrie 1951 - 559-558.

HADFIELD G.- The primary histological lesion of regional ileitis -
Lancet 1939 - 2, 773-775.

HARDY M.- Iléite segmentaire terminale - Ann.Chir.(Suppl.Sem.Hôp.Paris)
Juin 1960, 14, n°11-12, C.712 - C.713.

HERDMAN J.P.- Jéjunite nécrosante perforée - Lancet 3 Janv. 1953, 264, n°6749,
26 (Bibliogr.)

HERTZBERG J.- Jéjunite aiguë- "Acta Chir.Scand." 1954, Suppl.194, 41 fig.
(Bibliogr.)

HILLEMAND P. et CHERIGIE E.- La maladie de Crohn (Etude critique et clinico-
radiologique) - Rec.Praticien, 11 Avr.1959, 9, n°11, 1208-1218, 6 fig.

HILLEMAND P., CHERIGIE E., VIGUIE et ANDRE - La maladie de Crohn.
Iléite régionale dans ses formes subaiguës et chroniques.
Sem.Hôp.Paris, 20 Déc.1955, 31, n°75/8, 4027-4037, 19 fig.

HILLEMAND P., MASSIAS et LISSAC - L'iléite terminale - Hôpital, Juin 1954, 42
n°635, 395-398.

HOLDER E.- L'iléite terminale. Diagnostic, thérapeutique opératoire et pronostic.
Langenbecks Arch.Klin.Chir., 1958, 288, n°4, 280-286, 7 fig. (Bibliogr.)

HOLLENDER L. et SCHWINGT E.- A propos de 3 cas d'entérocolite nécrosante aiguë
non spécifique - Acta gastroenterol.belg., Déc.1953, 16, n°12, 727-735
(Bibliogr.)

HORWITZ F. et BARONOFSKY I.D.- Entérite régionale révélée par une hémorragie rectale
massive - J.Mount Sinai Hosp. Janv.-Févr.1960, 27, n°1, 19-22 (Bibliogr.)

HOWARD W.K., PULASKI E.J. et MORROSSEY R.W. - L'entérite régionale chez l'enfant.
J.Péd.Mars 1955, 46, n°3, 298-302 (Bibliogr.)

HUSEBYE O.W. (OSLO) - Diagnostic radiologique de la "Jéjunite aiguë phlegmoneuse"
"Acta Radiol.Scand." 29, Fasc.1 (167), 71-82, Janv.1948.

- JACKSON B.B.- Entérite régionale chronique - Ann.Surg., Juill.1958, 148, n°1, 81-87 (Bibliogr.)
- JACKSON B.B. - Entérite régionale chronique et colite ulcéreuse diffuse. Ann.Surg., Juillet 1958, 148, n°1, 88-93 (Bibliogr.)
- JADOT R. et CHANOINE F.- Considérations cliniques à propos de 42 cas de Maladie de Crohn - Acta gastro-enterol.belg., Janv.1960, 23, n°1, 7-13 (Bibliogr.)
- JANOWITZ H.D.- Problèmes de l'entérite régionale - J.Mount Sinai Hosp., Sept.-Oct.1955, 22, n°3, 223-228 (Bibliogr.)
- JANSEN H.- La jéjunite nécrosante en tant qu'expression du phénomène de Schwartzman. Deutsche Zschr.Verdaunungs-Stoffwechselkr., Août 1954, 14, n°4, 177-179 (Bibliogr.)
- JOURDE L.- L'entérocolite folliculaire et segmentaire (Iléite terminale ou Maladie de Crohn). Thèse de Paris 1947 dactyl.
- KAWEL C.A. Jr. et TESLUKH - Les glandes de type Brunner dans l'entérite régionale. Gastroenterology, Mai 1955, 28, n°5, 810-820 (Bibliogr.)
- KJELLEN L.- Studies on an unidentified group of cytopathic agents - Arch.Ges.Virus fourche 1955, Vol.6, P.45-59.
- KIRSNER J.B. et PALMER W.L.- Evolution de l'entérite régionale chronique étendue non réséquable. Med.Clin.North Amer., Janv.1953, 37, n°1, 237-245, 5 fig. (Bibliogr.)
- KLECKNER M.S. - Le foie dans l'entérite régionale - Gastroenterology, Mars 1956, 30, n°3, 416-420 (Bibliogr.)
- KOZOLL D.D., POBANZ D.L. et BAKER L.- Résection entérocolique étendue pour iléite diffuse: étude poursuivie pendant vingt-deux mois après l'opération avec mort due à la jéjunite.- Gastroenterology, Avr.1953, 23, n°4, 578-592, 8 fig. (Bibliogr.)
- KNY W.- Compression de l'urètre dans l'iléite régionale -Zachr.Urol., Janv.1959, 52, n°1, 73-77 (Bibliogr.)
- LAFFILE J.- A propos de 2 observations d'iléite régionale - Thèse Paris 1952 N°680
- LANZ R. et LARGIADER F.- Un cas de cancer colloïde chez un malade porteur d'une iléite terminale - Schweiz.Med.Wschr., 7 Mars 1959, 89, n°10, 266-268 (Bibliogr.)
- LAIPPLY T.C.- Anato-pathologie de l'entérite régionale - J.A.M.A. 21 Déc.1957, 165, n°16, 2052-2054 (Bibliogr.)
- LASSRICH M.A.- L'iléite non sclérosante chez l'enfant - Zschr.Kinderh. 1953, 74, n°1, 50-76, 16 fig. (Bibliogr.)
- LAUMONIER A.- Problèmes actuels de la maladie de Crohn. Archives d'anatomie pathologique. Vol.8, n°2, Mars 1960, p.105-121.

LAURENCE G., TOURNIER, PROCHIANTZ, BERGE et LEBRUN - Académie de Chirurgie,
Tome 79, n°13, 22 Avril 1953.

LEAR P.E.- Bases physiologiques du traitement chirurgical de l'entérite régionale.
Surg.Clin.North Amer., Avr.1958, 545-599 (Bibliogr.)

LORENTZ K.- L'iléite terminale en tant que maladie - Med.Klin., 10 Juill.1959,
54, n°28, 1267-1270 (Bibliogr.)

LOWELL E.J. Jr. - Différences clinico-pathologiques entre l'entérite régionale et
la colite ulcéreuse - J.Int.Coll.Surg., Avr.1955, 23, n°4, 513-516,
(Résumé français).

LOYUDICE F. MANCINI D. et CORRAO.- L'hémi-colectomie droite dans le traitement de
l'entérite régionale chronique - Prensa Méd.argent, 30 Janv.1959, 46, n°5,
275-284.

MADDISON T.G. et HYDE I.- L'entérite régionale chronique chez l'enfant.-
Arch.Dis.Child. Oct.1955, 30, n°153, 469-471 (Bibliogr.)

MAISSA P.A.- La radiologie dans l'entérite superficielle - Prensa Méd.argent,
14 Nov.1952, 39, n°46, 2806-2811 (Bibliogr.)

MANNING J.H., WARREN R. et ADI A.S.- La colite segmentaire: Résultats de la
chirurgie - New England J.Med., 19 Mai 1955, 252, n°20, 850-853 (Bibliogr.)

MARSHAK R.H. et WOLF B.S.- Les observations radiologiques dans l'entérite régionale
J.Mount Sinai Hosp., Sept.-Oct.1955, 22, n°3, 192-214, 15 fig. (Bibliogr.)

MARSHAK B.H. et WOLF B.S.- Observations radiologiques dans l'entérite régionale.
Am.J.Roentgen. Déc.1955, 74, n°6, 1000-1014, 12 fig. (Bibliogr.)

MARSHALL S.F. et FECHER M.P.- L'iléite régionale chronique. Traitement chirurgical
et complications - Am.Surgeon, Avr.1954, 20, 337 in Internat.Surg.Dig.,
Juill.1954, 58, n°1, 17-20.

MARTIN F.R.R. et CARR R.J.- Maladie de Crohn intéressant l'estomac. Relation de
2 cas.- Brit.Med.J., Mars 1953, n°4812, 700-701 (Bibliogr.)

MASSION J.- Maladie de Crohn. Conclusions cliniques - Acta gastroenterol.belg.
Janv.1960, 23, n°1, 100-102.

MASSION J. et EDELMAN G.- La maladie de Crohn - "Actualités hépato-gastro-entér.de
l'Hôtel-Dieu"- Edit. Masson Paris 1956.

MATTINGLY D.- Maladie de Crohn simulant une maladie d'Addison.-
Pro.Roy.Soc.Med., Sept.1958, 51, n°9, 719-720.

MAZINGARDE A.- Un cas de perforation spontanée de l'intestin grêle au niveau d'une
iléite régionale - Arch.Mal.App.dig., Juill.-Août 1956, 45, n°7-8 - 80-83.

MENIN W. et BEHREND A.- Entérite régionale avec perforation libre : Relation d'un
cas unique. Ann.Surg., Janv.1959, 149, n°1, 140-142.

- METZGER H.N. et FROBESE A.S.- Iléite terminale chez un garçon de quinze ans et chez sa mère, dix-neuf auparavant.- Gastroenterology, Oct.1956, 31, n°4 439-443 (Bibliogr.)
- MEYENBURG et BOSCHWALTER T.- L'entérite nécrosante - Schweiz.Med.Wschr. 16 Mai 1953 83, n°20, 463-467, 6 fig. (Bibliogr.)
- MEYERDING E.V. et BERTRAN H.F.- Inflammation granulomateuse non spécifique (Maladie de Crohn) de l'appendice.- Surgery, Nov.1953, 34, n°5, 891-894 (Bibliogr.)
- MEYERS S.G., RUBLE P.E. et ASHLEY L.B.- Evolution clinique de l'iléite régionale. Am.J.Dig.Dis., Mai 1959, 4, n°5, 341-351, 10 tabl. (Bibliogr.)
- MEYER P.C.- Pathogénie de l'entérite segmentaire - Brit.J.Surg., Janv.1960, 47, n°204, 375-381, 6 fig. (Bibliogr.)
- MILWIDSKY H. et BARZILAY B.- Perforation en péritoine libre suivie de guérison dans un cas d'iléite régionale - Gastroenterology, Juill.1954, 27, n°1 113-120 (Bibliogr.)
- MONEREO J.- Le traitement chirurgical de l'iléite régionale maligne - Rec.Clin.esp., 15 Oct.1954, 55, n°1, 23-30, 8 fig. (Bibliogr.)(Résumé franç.)
- MONGES J., GASTON, COTTALORDA et JOUVE - Iléite oedémateuse aiguë à allure allergique. Soc.Gastro-Enter. Litto Medit, 25 Févr.1951 - Arch.Mal.App.dig.1951,774
- MORSON B.C. et LOCKHART-MUMMERY H.E.- Les lésions anales dans la maladie de Crohn Lancet, 19 Déc.1959, n°7112, 1122-1123.
- MOSELEY J.E., MARSHAK R.H. et WOLF B.S.- Entérite régionale chez l'enfant Rapport d'un cas et revue de la littérature - Am.J.Roengenol., Sept.1960 84, n°3, 532-539, 2 tabl. 8 fig. (Bibliogr.)
- NEUMANN H.W., BARGEN J.A. et JUDD E.S. - Une étude clinique de 201 cas de colite segmentaire ou maladie de Crohn.- Surg.Gyn.Obst.- Nov.1954, 89, n°5, 563-571 (Bibliogr.)
- OGGERO U.- Considérations sur un cas d'iléite terminale - Minerva Med., 23 Juin 1960 51, n°50, 2312-2318, 16 fig.
- OLIVIER Cl., BERTRAND I. et CERBONNET G. (Paris) - Le granulome post-opératoire au talc. "Mémoires Académie de Chirurgie" - 22-23-24, 769, 1951.
- OTANI S.- Pathologie de l'iléite et l'entérocolite régionales - J.Mount Sinai Hosp., Sept.-Oct. 1955, 22, n°3, 147-158, 10 fig.
- OTTENJANN R.- Tuberculoses isolées et entérites régionales chroniques (de Crohn) chez l'enfant. Mschr.Kinderh. Janvier 1958, 106, n°1, 22-26, 7 fig. (Bibliogr.)
- PALMA F., SILLERO J.M.- Contribution à la clinique et au traitement de l'entérite régionale de notre pays.- Rev.Clin.espan., 29 Févr.1960, 76, n°4, 222-227, 8 fig. (Bibliogr.)

- PERRONE E. et SIGNORELLI E.- Complications chirurgicales de l'iléite terminale aiguë- Minerva Chir., 31 Mars 1957, n°6, 274-278, 3 fig. (Bibliogr.)
- PEYCELON R. et REPLUMAZ P.- Iléites terminales - A propos des deux observations Arch.Mal.App.dig., Juill.-Août 1959, 48, n°7-8, 861-867, 6 fig.
- PHEAR D.N.- Rapports de l'iléite régionale et de la sarcoïdose - Lancet, 13 Décembre 1958, 2, n°7059, 1250-1251 - (Bibliogr.)
- POLLOCK A.V.- La maladie de Crohn - Brit. J.Surg. Nov.1958, 46, n°197, 193-206, 18 fig. 6 tabl. (Bibliogr.)
- PORGES O.- Nouvelle expérience sur l'entérite sans colite - Gastroenterologia 1954 82, n°4, 210-225 (Bibliogr.) (Résumé français).
- PORRITT A. et COLL - Deux cas de maladie de Crohn associée à une colite ulcéreuse Proc.Roy.Soc.Med., Mai 1960, 53, n°5, 373-374.
- POTVLIEGE P. et TEICHMANN P.- La maladie de Crohn. Anatomie pathologique des lésions intestinales - Acta gastro-enterol.belg., Janv.1960, 2, n°1, 29-46, 4 fig. (Bibliogr.)
- RACHET J. BUSSON A. et JOUR - L'entérite folliculaire et segmentaire (Maladie de Crohn) - Semaine des Hôpitaux, Paris 1946, 22, n°52-56.
- RACHET J. et BUSSON A.- Entérite et entérocolite folliculaire et segmentaire (Maladie de Crohn) - Acta Gastro-Enterol.belg., 1948, 11, n°192-203, Maladies de l'intestin, Ed.Flammariion, mise à jour 1957.
- RACHET J. et BUSSON A.- La maladie de Crohn "Acta Gastro-Enterol.belg." 11, 192, 1948.
- RAUBER G., GROSDIDIER J., DEBRY G. et SCHMITT J.- Iléite terminale chronique à forme hémorragique récidivante - Presse méd. 25 Juin 1958, 66, n°50, 1167-1168, 6 fig. (Bibliogr.)
- REFVEM O.- Mycose entérique (entérite régionale) : Observation de deux cas - Gastroenterology, Sept. 1958, 35, n°3, 321-325, 4 fig. (Bibliogr.)
- REILLY, RIVALIER, TOURNIER - Tome 55, n°7, P.621-659, 1954.
- RICCI G.- Une observation d'entérite ulcéro-nécrosante perforée - Policlinico (Sez.prat.) 17 Mai 1954, 61, n°20, 561-564, (Bibliogr.) (Résumé français)
- RIENHOFF W.F. et COLLINS N.P.- Kystes gazeux de l'intestin et entérite régionale Ann.Surg. Avr.1959, 149, n°4, 593-599 (Bibliogr.)
- RIVES J. et FARRUGIA A.- Iléite terminale nécrosante avec péritonite généralisée, complication à distance d'un abcès appendiculaire. Afrique Franç.Chir. Mars-Avr.1955, 13, n°2, 255-257.
- ROBERTS H.J. Gastro-intestinal wheat allergy. Two recent experiences. J. Allergy - P. Novembre 1956, 27, n°6, 523-530 (Bibliogr.)

- ROBERTS S.E., MARTIN W.J. et BEAHRS O.H.- Entérite régionale intéressant le duodénum : C.R. d'un cas - Proc. Straff Meet. Mayo Clinic, 28 Juill. 1954 29, n°15, 424-427 (Bibliogr.)
- ROSKINE K.D.- A propos des ulcères simples de l'intestin grêle Khirourguia (Moscou), 1955, n°12, 55-57.
- ROSS GOLDEN - Radiologic examination of the small intestine. Edit. "Lippincott" London.
- ROUX M., BERNIER et LALARDRIE J.P.- Une observation d'iléite terminale fistulisée dans le sigmoïde - J. Chir., Mars 1960, 79, n°3, 307-316, 5 fig. (Bibliogr.)
- ROUX G.- Maladie de Crohn iléo-caecale, forme tumorale. Montpellier Chirurgical n°10, 1956.
- ROWE A.H., ROWE A.Jr. et UYEYAMA K.- Entérite régionale. Les aspects allergiques Gastroenterology, Avr. 1943, 23, n°4, 554-571, 12 fig. (Bibliogr.)
- RUBINIETZ H.- A propos de l'iléite terminale (traitement par l' "intestin euvernil" Med.Klin., 9 Déc. 1955, 50, n°49, 2079-2081 (Bibliogr.)
- RUDLER J.C.- Entérite régionale - Encycl. Méd. Chir. Estomac-Intestin, 9048 D 10 (2-1953)
- RUTISHAUSER E. et BORER F.- Aspects morphologiques dans la pathologie de l'intestin grêle I - L'entérite régionale (Maladie de Crohn) - Bibl. Gastroenterol. (Suppl. Gastroenterologia), 1960, n°2, 55-68 (Bibliogr.) (Texte français).
- SALZER G.- Entérite régionale - Langenbecks Arch. Klin. Chir., 1957, 287, 461-463
- SAUER W.G. et COLL - Expérimentation de l'emploi de la corticotropine dans l'entérite régionale - Gastroenterology, Déc. 1952, 22, n°4, 550-563 (Bibliogr.)
- SAULNIER J.- A propos d'un cas d'iléite de Crohn récidivante - Thèse Lille 1959 n°1
- SCHLOTTER H.- Le diagnostic radiologique de l'entérite régionale - Fortschr. Geb. Röntgenstr., Janv. 1960, 92, n°1, 1-19, 15 fig. (Bibliogr.) (Résumé français).
- SCHMITZ-DRÄGER H.C. et THURN P.- Le diagnostic radiologique et différentiel de l'entérite régionale - Fortschr. Geb. Röntgenstr., Nov. 1957, 87, n°5, 566-574 9 fig. (Bibliogr.) (Résumé français).
- SEGAL G. et SERBIN R.- Entérite régionale intéressant le duodénum. Gastroenterology Mars 1956, 30, n°3, 503-507 (Bibliogr.)
- SELZER J.D. et Mc.CARTY R.T.- Le diagnostic sigmoïdoscopique de l'entérite régionale Am. J. Surg., Janv. 1958, 95, n°1, 144-146.
- SHAPIRO J.H., RUBINSTEIN B., JACOBSON H.G. et POPPEL M.H.- Entérocolites de l'intestin grêle - Am. J. Röntgenol., Févr. 1956, 75, n°2, 343-348, 7 fig. (Bibliogr.)

- SIMPSON S.A. et LEWIN J.R. - Radiographie standard dans le diagnostic de la colite chronique ulcéreuse et de l'iléite régionale - Am.J.Röntgenol, Août 1960, 84, n°2, 306-315, 10 fig.
- SIROT L.- Jéjunite chronique - Afrique franç.Chir., 1952, n°3-4, 136-137.
- SOKOLOFF B., SAELHOF C.C. et MC.CONNEL B.- L'iléite régionale - Am.J.Gastroenterol., Oct.1958, 30, n°4, 447-451 (Bibliogr.)
- STEINFELD J.L., DAVIDSON J.D., GORDON R.S.Jr. et GREENE F.E.- Mécanisme de l'hypoprotéinémie chez les malades atteints d'entérite régionale et de colite ulcéreuse. Am.J.Med. Sept.1960, 29, n°3, 405-415 (Bibliogr.)
- STELZNER F.- Le traitement chirurgical de la colite ulcéreuse, basse aussi bien que haute avec considération particulière de la maladie de Crohn au niveau du colon - Münch.Med.Wschr., 26 Août 1960, n°35, 1630-1635, 6 fig.(Résumé franç)
- STELZNER F.- Le traitement chirurgical de la colite ulcéreuse haute et profonde avec considération de la maladie colique de Crohn (Fin) - Münch.Med.Wschr. 2 Sept.1960, 102, n°36, 1696-1699.
- STORRS R.C. et HOEKELMAN R.A.- Entérite régionale aiguë chez l'enfant. New England J.Med., 19 Févr.1953, 248, n°8, 320-322 (Bibliogr.)
- SUDA J.- Tuberculose iléo-caecale et maladie de Crohn chez l'enfant. Mschr.Kinderh., Nov.1959, 107, n°11, 494-496 (Bibliogr.)
- SUERMONDT W.F.- Entérite régionale et allergie - Acta gastroenterolo.belg. Fvr.1943, 16, n°2, 45-56.
- TALBOT C.H.- L'iléite régionale chez l'enfant - Proc.Roy.Soc.Med., Déc.1958, 51, n°12, 1027-1028, 2 fig. (Bibliogr.)
- THOMA G.W. et SMOOT J.L.- Entérite post-opératoire aiguë. Relation d'un cas avec hémorragie intestinale grave. Am.J.Surg., Août 1954, 88, n°2, 357-360, (Bibliogr.)
- TODD I.P.- Colite régionale - Proc.Roy.Soc.Med., Août 1959, 52, n°8, 610, 1 fig.
- TOSONI-PITTONI A.- A propos de 2 cas de maladie de Crohn - Thèse Paris 1958, n°278, 74 pages.
- TRISKA H.- La nécrose intestinale circonscrite - Wien.Med.Wschr., 10 Janv.1953, n°2, 37-38 (Bibliogr.)
- UEBELHART R.- Entérite régionale avec sprue symptomatique - Gastroenterologia Janv.1954, 81, n°1, 1-24, (Bibliogr.) (Résumé français).
- UEBELHART R.- Entérite régionale du nourrisson - Schweiz.Med.Wschr. 27 Nov.1954 84, n°48, 1336-1339 (Bibliogr.)
- UEBERHART R. et COTTIER H.- Iléite régionale en tant que séquelles tardives consécutives à une tuberculose intestinale et des ganglions lymphatiques du mésentère opérés.- Schweiz.Med.Wschr., 18 Août 1956, 86, n°33, 925-928, 7 fig. (Bibliogr.)

- WOLF B.S. - Iléite terminale granulomateuse, colite granulomateuse segmentaire. Gastrite et duodénite granulomateuses - J. Mount Sinai Hosp., Janv.-Févr. 1959, 26, n°1, 78-82, 4 fig.
- YONKMAN - Pharmacologie des plus récents médicaments employés dans le traitement des troubles gastro-intestinaux avec référence spéciale à l'entérite régionale et la colite ulcéreuse.- Bull. New-York Acad. Med., Nov. 1952, 28, n°1, 700.
- ZAGDOUN J. et RYMER - Un cas d'iléite segmentaire d'origine anaphylactique - Mém. Acad. Chir., 5-12 Juin 1957, 83, n°17-18, 573-576.
- ZEMBATOV A.T. - A propos des iléites aiguës - Klin. Med. (Moscou), 1956, 34, n°3, 79-82.
- ZETZEL L. - L'entérite régionale (à suivre) - New England J. Med., 24 Mai 1956, 254, n°21, 990-995 (Bibliogr.)
- ZETZEL L. - L'entérite régionale (fin) - New England J. Med., 31 Mai 1956, 254 n°22, 1029-1032 (Bibliogr.)
- ZETZEL L. - L'iléite régionale. Vingt cinq ans après. Am. J. Gastroenterol. Mars 1958, 29, n°3, 290-303 (Bibliogr.)
- ZISK J., SHORE J.M., ROSOFF L. et FRIEDMAN N.B. - L'iléite régionale compliquée d'adéno-cancer de l'iléon. Relation de 2 cas - Surgery, Juin 1960, 47, n°6, 970-974 (Bibliogr.)

- WOLF B.S. - Iléite terminale granulomateuse, colite granulomateuse segmentaire. Gastrite et duodénite granulomateuses - J. Mount Sinai Hosp., Janv.-Févr. 1959, 26, n°1, 78-82, 4 fig.
- YONKMAN - Pharmacologie des plus récents médicaments employés dans le traitement des troubles gastro-intestinaux avec référence spéciale à l'entérite régionale et la colite ulcéreuse. - Bull. New-York Acad. Med., Nov. 1952, 28, n°1, 700.
- ZAGDOUN J. et RYMER - Un cas d'iléite segmentaire d'origine anaphylactique - Mém. Acad. Chir., 5-12 Juin 1957, 83, n°17-18, 573-576.
- ZEMBATOV A.T. - A propos des iléites aiguës - Klin. Med. (Moscou), 1956, 34, n°3, 79-82.
- ZETZEL L. - L'entérite régionale (à suivre) - New England J. Med., 24 Mai 1956, 254, n°21, 990-995 (Bibliogr.)
- ZETZEL L. - L'entérite régionale (fin) - New England J. Med., 31 Mai 1956, 254, n°22, 1029-1032 (Bibliogr.)
- ZETZEL L. - L'iléite régionale. Vingt cinq ans après. Am. J. Gastroenterol. Mars 1958, 29, n°3, 290-303 (Bibliogr.)
- ZISK J., SHORE J.M., ROSOFF L. et FRIEDMAN N.B. - L'iléite régionale compliquée d'adéno-cancer de l'iléon. Relation de 2 cas - Surgery, Juin 1960, 47, n°6, 970-974 (Bibliogr.)

